

farma7

Settimanale di notizie sul mondo farmaceutico

● Il Punto

19

CAMBIA IL RAPPORTO CON LA SALUTE NUOVI SPAZI PER LA FARMACIA

Un'interessante ricerca del Censis analizza come si sono evoluti gli stili di consumo e di vita degli italiani, dagli anni '80 ai giorni nostri, delineando anche i mutamenti avvenuti nel welfare. La farmacia ha saputo rispondere ai cambiamenti man mano avvenuti e così oggi si aprono nuove opportunità di sviluppo. È con questa consapevolezza che verrà affrontato il rinnovo della Convenzione (a pag. 3).

Senato: Indagine sulla sostenibilità del Ssn
Queste le repliche dei relatori

Spesa farmaceutica regionale
I dati 2014 del monitoraggio dell'Aifa

Giornata nazionale del Sollievo (31 maggio)
La locandina da esporre





CGM | PHARMAONE

I servizi di CompuGroup Medical per la farmacia

Synchronizing Healthcare



La nuova realtà dedicata ai servizi per la Farmacia

CompuGroup Medical presenta la nuova strategia di branding del Gruppo che, grazie ad un radicale processo di riorganizzazione aziendale, raccoglie l'eredità di Qualità in Farmacia, Mondofarma e Farma3tec e aggrega in una nuova divisione tutti i servizi dedicati alle farmacie. Un'azione sinergica che porta maggiore efficacia e presenza sul territorio.

CGM PHARMAONE offre una linea completa di prodotti per gestire singole farmacie o gruppi di ogni dimensione, connettendoli con gli altri operatori della sanità.

WINGESFAR⁺

Farmacia

3PHARM[✕]

Farmacia

AVATRE^Q

Farmacia

FARMA3⁺

Farmacia

WEBDPC⁺

Farmacia

WEBCARE⁺

Farmacia

www.cgm.com/it/cgm-pharmaone

Il Punto

Interessante ricerca Censis sull'evoluzione degli stili di consumo e di vita

COME CAMBIA IL RAPPORTO CON LA SALUTE NUOVI SPAZI SI APRONO ALLA FARMACIA

La ricerca "Dall'edonismo dei consumi al consumo responsabile" realizzata dal Censis per celebrare il trentesimo anniversario della nascita di Findomestic (crediti al consumo), traccia una panoramica sui cambiamenti degli stili di consumo e di vita degli italiani in questi ultimi trenta anni, proponendo una lettura della trasformazione del Paese, anche analizzando l'evoluzione del rapporto del cittadino con la salute.

Dagli anni '80 a oggi cresce la propensione degli italiani a spendere per i consumi che garantiscono una crescente qualità della vita, a cominciare quindi dalla salute e dalla previdenza sociale. Il fenomeno dipende dall'innalzamento del livello economico e culturale, dall'evoluzione dei valori, dalla longevità e, infine, dall'arretramento della copertura pubblica di tali spese. Per due decenni la spesa destinata alla salute cresce e nell'ultimo si contrae, seguendo e accentuando il trend negativo del Pil e dei consumi in genere.

Nella sua fase espansiva -sottolinea la ricerca- il welfare a titolarità statale ha beneficiato di una base economica e finanziaria in crescita, ha redistribuito risorse che aumentavano, ha generato inclusione sociale, crescita economica e reddito, producendo sicurezza nei cittadini e coesione

sociale nelle comunità. Grazie a questo gli italiani hanno acquisito sicurezza rispetto ad alcuni grandi rischi ad alto costo, come la malattia e la vecchiaia. Negli anni '80, infatti, si spinge sull'acceleratore dei consumi per rinforzare il benessere conseguito e si acquistano polizze vita e assicurazioni sanitarie. Matura il passaggio dalla cultura della malattia a quella della salute: si diffondono, pur rimanendo di nicchia, agopuntura, omeopatia e prodotti naturali. Proliferano le riviste specializzate e il passa parola su temi di salute. Si va più spesso in palestra e si fa sport, aumentano gli interventi estetici e i centri di bellezza. In questi anni cominciano anche a venire al pettine i primi nodi relativi ai costi economici dell'espansione del welfare.

Gli anni '90 registrano la ricerca di una maggiore personalizzazione dei consumi, per rispondere a esigenze ormai estremamente diversificate: in questo periodo gli italiani sono molto propensi a mettere mano al portafoglio per acquistare servizi sanitari di qualità. Esprimono una certa insofferenza verso quei comportamenti che hanno portato al lievitare dei costi del welfare, come il ricorso a prestazioni inopportune o non necessarie, o ai farmaci non utilizzati rimasti negli armadietti casalinghi. Un argomento che -aggiungia-

mo noi- fa sempre molta presa nell'opinione pubblica, anche se nella realtà ha un peso economico limitato rispetto ai grandi sprechi della sanità, provocati da strutture mal gestite o reparti ospedalieri poco utilizzati, all'epoca non conosciuti come oggi dall'opinione pubblica.

Dall'equilibrio psicofisico del decennio precedente l'idea di salute coincide ora con la ricerca di efficienza e forma fisica. Per la malattia gli italiani continuano ad affidarsi al medico, per la salute l'individuo diventa sempre più autonomo, con scelte svincolate dal sapere medico, attivandosi personalmente per reperire le informazioni di cui ha bisogno. È boom per enciclopedie mediche e rubriche televisive incentrate su salute e benessere. Cresce l'interesse per le medicine alternative, benché siano ancora poco utilizzate.

Il nuovo millennio si apre all'insegna dell'incertezza, perché alla domanda di salute che aumenta per l'invecchiamento della popolazione e la crescente disabilità, si contrappongono i limiti del processo di razionalizzazione della spesa pubblica. Il welfare perde la propria anima e da fattore di rassicurazione dei cittadini diventa fonte di ansia di rimanere soli davanti a eventuali grandi problemi di salute. I cittadini vogliono che il welfare sia difeso,

ma contemporaneamente ritengono che le prestazioni pubbliche debbano essere integrate dalla spesa privata. Così il ricorso al settore privato rimane elevato anche negli anni della crisi economica, ma aumentano coloro che, per risparmiare, si rassegnano ad attendere i tempi lunghi delle liste di attesa nel pubblico, rateizzando la spesa quando possibile, o addirittura rinunciano alle prestazioni. Si stima che nel 2014 gli italiani abbiano rinunciato a quasi 7 milioni di prestazioni mediche private. Tra il 2005 e il 2013 le cure non convenzionali subiscono un dimezzamento della popolazione che vi ricorre, che aveva raggiunto gli 8 milioni di persone. Si diffondono offerte low cost, per esempio per le cure dentistiche, fornite nei Paesi dell'Est e successivamente nei centri in franchising.

Il rischio di dover affrontare spese per la salute diventa una preoccupazione diffusa, mentre dal 2008 al 2014 la spesa privata in sanità subisce una riduzione che arriva a sfiorare il 13%, e riguarda anche quella per medicine, che registra una notevole contrazione (-11,4%) tra il 2008 e il 2013. Di contro gli anni 2000 vedono anche il grande sviluppo di terme e beauty farm e un generalizzato spiccato interesse per il cibo, non più soltanto in termini di sana alimentazione o di integrazione, bensì anche come occasione sensoriale ed emotiva.

In questo contesto sociale si colloca oggi la farmacia che, anche se il tema non è trattato nella ricerca in questione, ha una acclarata capacità di rispondere alle necessità in continua evoluzione dei cittadini, confermata da un elevato numero di

sondaggi effettuati negli anni. La farmacia sa comunicare con i cittadini, informare e fare prevenzione e screening. È capillare e professionale, consente quindi una facile interfaccia tra servizio sanitario e utente. Può contribuire ad assicurare prestazioni sanitarie sul territorio, agevolando un processo già in corso, garantendo un uso appropriato delle risorse per il contenimento della spesa pubblica. Si aprono quindi spazi in cui la farmacia può crescere, ampliando le proprie funzioni e continuando a essere un presidio sanitario indispensabile per la collettività. È con questa consapevolezza che tratteremo al tavolo per il rinnovo della Convenzione, certi che una farmacia efficiente sia un tassello essenziale di un servizio sanitario moderno.

Il Consiglio di Presidenza

Eurospital comunica ai Signori Farmacisti che è disponibile la nuova gamma Made in Italy

STERILENS®
IDRA

quattro colliri in gocce e spray per la prevenzione e il trattamento dei sintomi dell'occhio secco, rosso o irritato



Idractive gocce 10 ml
con acido ialuronico 0,13%,
rinfrescante e lubrificante,
per occhi stanchi che bruciano



Idractive HD gocce 10 ml
con acido ialuronico
potenziato 0,30% per occhi
secchi, con sensazione di corpo
estraneo. Innovativo erogatore
calibrato 0,05 ml



Idramilla spray occhi chiusi
15 ml ai liposomi, acido
ialuronico e camomilla
rapido sollievo per **occhi gonfi,**
arrossati e irritati



Idrallergic spray occhi chiusi
15 ml ai liposomi, elicriso,
eufrasia, liquirizia e capperò
con **effetto antistaminico e**
antiprurito, per occhi allergici,
che lacrimano e prudono

GLI SPRAY
RIMANGONO
STERILI FINO
ALL'ULTIMA
APPLICAZIONE

COMPATIBILI
CON LE LENTI A
CONTATTO



Per informazioni contattare Eurospital SpA, via Flavia 122, 34147 Trieste
tel. 040.89971 - customer.service@eurospital.it oppure visita il sito www.sterilens.it

Questi i lavori all'ordine del giorno al Senato e alla Camera

INDAGINE CONOSCITIVA SOSTENIBILITÀ SSN: LE REPLICHE DEI RELATORI

È proseguito al Senato, presso la XII Commissione, il dibattito sulla sostenibilità del Ssn. Gli interventi dei relatori Luigi D'Ambrosio Lettieri e Nerina Dirindin. Presentate alcune interrogazioni, sia sul ripiano della spesa ospedaliera, sia sul versamento dei contributi all'Enpaf

Prosegue presso la XII Commissione Igiene e Sanità del Senato l'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn. I relatori, che avevano presentato una sorta di relazione di medio periodo il 24 febbraio scorso (vedi Farma7 n. 11/12), hanno formulato alcune considerazioni a seguito del dibattito svoltosi in Commissione.

Il relatore **Luigi D'Ambrosio Lettieri** (FI-PdL) ha riepilogato le principali e condivisibili indicazioni scaturite dalla discussione, con particolare riferimento alla necessità di destinare adeguate risorse alle attività di prevenzione, prestando soprattutto attenzione alla correttezza degli stili di vita delle fasce più deboli della popolazione. Necessario anche individuare nuove fonti di finanziamento per garantire, al contempo, la sostenibilità e i tratti caratteristici del Servizio sanitario nazionale, nonché individuare un nuovo equilibrio, di tipo funzionale, tra spesa per cure ospedaliere e spesa per la medicina territoriale. Il senatore di Forza Italia ha infine sottolineato l'importanza che il Paese mantenga le caratteristiche di fondo del proprio sistema sanitario, senza rincorrere la suggestione di modelli alternativi, come quello statunitense, che rappresenta un paradigma da non seguire, ma da tenere solo in considerazione a fini conoscitivi.

La relatrice **Nerina Dirindin** (PD), alla luce

delle indicazioni scaturite dalla discussione, ha suggerito di concentrare l'attenzione sui seguenti aspetti: aggiornamento dei dati sinora acquisiti, anche alla luce delle indicazioni contenute nel DEF; problematiche relative alla sicurezza delle strutture sanitarie e agli investimenti per il loro ammodernamento, anche sul piano tecnologico; tematiche attinenti alla formazione degli operatori sanitari; effettività dell'erogazione delle prestazioni che formano oggetto dei livelli essenziali di assistenza.

RIPIANO DELLA SPESA OSPEDALIERA

Un gruppo di deputati del Movimento 5 Stelle, prima firmataria **Giulia Grillo**, ha presentato un'interrogazione al ministro della Salute sulla sentenza del TAR Lazio che ha accolto il ricorso dell'azienda farmaceutica GlaxoSmithKline riguardo alle procedure di ripiano dello sfioramento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, posto a carico delle industrie. In particolare i deputati del M5S sottolineano come il Tar del Lazio, esaminando il ricorso, abbia diviso le questioni sollevate dal ricorrente in due tipologie: le censure che riguardano la legittimità costituzionale e comunitaria riguardo al sistema di contenimento della spesa pubblica farma-

ceutica ospedaliera, in quanto, quest'ultimo, è basato sull'assegnazione di un *budget* alla singola azienda farmaceutica e sulla fissazione per legge di un tetto alla suddetta spesa; le censure che riguardano le modalità applicative con cui è stata data attuazione a tale sistema di contenimento della spesa pubblica farmaceutica.

Un articolo del giornale il Sole24Ore «Sanità 24» del 17 aprile 2015, in merito alla notizia della sentenza in questione, sottolinea l'impatto della "richiesta di sospensiva fatta dal Tar di mettere in naftalina ripiani che, per il 2013, valgono 411 milioni di euro a carico delle imprese. Nel 2014, se le procedure contestate non cambieranno, si raggiungeranno i 500 milioni di euro".

A fronte di tale situazione i deputati grillini chiedono al ministro della Salute se l'Aifa, nelle procedure relative al *budget* provvisorio sulla spesa farmaceutica ospedaliera 2013, abbia recato eventuali danni alle aziende produttrici di farmaci; se sia a conoscenza di quante aziende farmaceutiche nel nostro Paese abbiano superato il limite massimo di spesa fissato per ogni medicinale; se sia a conoscenza di quali effetti di natura finanziaria possano ripercuotersi sul riparto complessivo delle risorse destinate alle Regioni, nell'ambito della spesa sanitaria, alla luce della sentenza del TAR del Lazio; se la condotta dell'Aifa risulti conforme alle norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi; se alla luce di quanto contenuto nella sentenza del Tar del Lazio, l'azione dell'Aifa sia stata informata ai principi costituzionali e comunitari del sistema di contenimento della spesa pubblica farmaceutica ospedaliera; se trovi

conferma la notizia riportata dal *Sole24Ore* del 17 aprile 2015, in merito all'ammontare dei ripiani a carico delle imprese farmaceutiche, per il 2013, di 411 milioni di euro e, per il 2014, di 500 milioni di euro.

ENPAF: VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

Il sottosegretario al Lavoro **Massimo Cassano** è intervenuto presso l'XI Commissione Lavoro della Camera per rispondere a un'interrogazione di **Massimiliano Fedriga** e altri (Lega Nord), che chiedeva una rimodulazione dei contributi Enpaf. Il sottosegretario ha sottolineato che l'Enpaf è un ente ad appartenenza obbligatoria che non assolve a una funzione di previdenza integrativa e che la rimodulazione dei contributi rientra nella sua primaria competenza. Più precisamente, in virtù dell'autonomia contabile, organizzativa e gestionale riconosciuta all'Enpaf dalla legge e dalla normativa regolamentare e statutaria, la misura del contributo previdenziale obbligatorio è fissata annualmente dal suo Con-

siglio nazionale e la relativa delibera è sottoposta all'approvazione dei Ministeri vigilanti (ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e ministero dell'Economia e delle Finanze).

Proseguendo, **Cassano** ha sottolineato che un'eventuale riduzione delle entrate contributive soggettive e di solidarietà deve trovare copertura finanziaria nel conto economico dell'Ente, che ha l'obbligo di mantenere in equilibrio il saldo corrente tra entrate contributive e uscite per prestazioni pensionistiche. Il contributo individuale obbligatorio non è dovuto, per intero da tutti gli iscritti, posto che il regolamento dell'Enpaf prevede la possibilità di chiedere la riduzione del 33,33% o del 50% o dell'85%, -con proporzionale riduzione del trattamento pensionistico eventualmente spettante- per gli iscritti che esercitino attività professionale e siano soggetti per legge all'assicurazione generale obbligatoria o ad altra previdenza obbligatoria, oppure si trovino nella condizione di temporanea e involontaria disoccupazione o che siano titolari di pensione diretta Enpaf e non esercitino attività professionale o che, infine, limitatamen-

te alla riduzione del 33,33% e del 50%, non esercitino attività professionale. Il medesimo regolamento prevede, inoltre, che agli iscritti sia riconosciuta la facoltà di contribuire in misura pari a due o tre volte il contributo previdenziale intero, con una proporzionale maggiorazione della pensione.

Proseguendo, il sottosegretario ha reso noto che, a decorrere dal 2004, per i neo-iscritti è riconosciuta la facoltà, per un periodo massimo di cinque anni, di versare, in luogo del contributo ordinario, la cosiddetta «contribuzione di solidarietà», che è pari al 3% del contributo soggettivo fisso, ridotto all'1% per i soggetti disoccupati; sul punto, l'Enpaf intende prolungare fino a sette anni la possibilità di versare il contributo di solidarietà per gli iscritti disoccupati. Sono in corso, al riguardo, le necessarie verifiche attuariali.

Sull'argomento, la Commissione, anche in relazione alla presentazione di una risoluzione del Movimento 5 Stelle, ha deciso di organizzare un breve ciclo di audizioni informali, proprio al fine di acquisire le necessarie informazioni in materia. (PB)

TEOFARMA S.r.l.

informa i Signori Farmacisti che i prodotti:

FOLINA[®]

“5 mg capsule molli” 20 cps (AIC 002309045)

“IM 5 fiale 2 ml 15 mg” (AIC 002309033)

sono regolarmente disponibili
presso i Grossisti.

IL FARMACO TRAINA L'INDUSTRIA

È il comparto farmaceutico a fare da traino, in questi ultimi mesi, allo sviluppo della produzione industriale italiana che, seppur lentamente, sta registrando un trend finalmente positivo. Così risulta dai recenti dati Istat, che a marzo 2015 segnalano un incremento dell'1,5% su base annua e dello 0,4% su base mensile. Rilevazioni che peraltro tengono conto del fatto che marzo conta quest'anno un giorno lavorativo in più, rispetto al 2014. Diversamente, l'incremento su base annua sarebbe stato addirittura del 4,3%.

In particolare va segnalato che il contributo della produzione farmaceutica, compresa quella di base, si è rivelato assai rilevante proprio perché la crescita registrata a marzo è stata del 22,2%, posizionandosi così al vertice della classifica. Seguono la fabbricazione di coke e prodotti petroliferi

raffinati, con il 15,9%, e la fabbricazione di mezzi di trasporto, con il 13,2%. Più in generale, i dati Istat ci indicano che il comparto energia cresce del 4,8%, quello dei beni di consumo del 3,5% e, infine, il comparto dei beni strumentali dell'1,4%.

Questi dati Istat sono una conferma che l'Italia sta uscendo dalla recessione, grazie a un'inversione di tendenza del Pil, che nel 2015 dovrebbe crescere in termini reali dello 0,7%, mentre nel 2016 dell'1,2% e dell'1,3% nel 2017. Nei prossimi due anni, inoltre, dovrebbe di conseguenza aumentare la domanda interna (+0,8 e +1,1%), grazie all'incremento nel 2015 dello 0,50% della spesa delle famiglie. La crescita dei consumi privati dovrebbe a questo punto diventare costante, e segnare nei due anni successivi incrementi dello 0,7% il primo anno, e dello 0,9% il secondo. E questo merito anche di un graduale aumento dell'occupazione, che ancora rappresenta per l'Italia il problema più grave.

LA SALUTE VA SEMPRE PIÙ ON LINE

I dati presentati al convegno "Innovazione digitale in Sanità: dai patti ai fatti", tenutosi martedì 12 maggio a Milano, dimostrano come i cittadini abbraccino sempre più con fiducia le opportunità offerte dal digitale e utilizzino i servizi sanitari via web. Per esempio, le prenotazioni on line delle visite vengono ormai utilizzate del 13% dei cittadini, e le stesse aziende sanitarie aumentano gli investimenti in questo settore.

Le soluzioni tecnologiche più avanzate, inoltre, consentono agli ospedali di effettuare diagnosi accurate, al punto che ormai si ritiene che possano essere prevenuti il 56% degli eventi avversi grazie al monitoraggio dei parametri vitali. Peraltro, il sistema di monitoraggio reso possibile dall'health-tech permette di individuare i pazienti a rischio, aumentando la sopravvivenza del 6%, diminuendo la durata delle degenze ospedaliere del 25% e dimezzan-

do il tempo per numerose attività diagnostiche. L'Osservatorio innovazione digitale in Sanità del Politecnico di Milano prevede, quindi, che si potranno risparmiare fino a 4,9 miliardi di euro grazie alle tecnologie informatiche.

Grande sviluppo si registra, inoltre, anche nel mercato delle App dedicate alla salute, che raggiungerà, a livello mondiale a fine anno, la bella cifra di 6,7 miliardi di dollari. E non sono soltanto i giganti del web (Google, Facebook, Apple) ad andare in questa direzione, ma anche le start up che proprio al settore salute stanno puntando. D'altra parte si consideri che sono 12,5 milioni gli italiani che mediamente si collegano ogni giorno alla rete con tablet e smartphone, avvicinandosi ormai ai 14,5 milioni di utenti del pc. Inoltre, risulta che Facebook è ormai diventato in Gran Bretagna la quarta fonte di informazione sui problemi legati alla salute, e che, a fine 2015, oltre 500 milioni di persone metteranno sul loro smartphone almeno una App medica.

GIORNATA DEL SOLLIEVO: LOCANDINA DA ESPORRE

Anche quest'anno Federfarma collabora con la Fondazione Gigi Ghirotti nella lotta contro il dolore inutile sostenendo la Giornata Nazionale del Sollievo, che si celebra domenica 31 maggio. L'iniziativa, giunta alla XIV edizione, ha l'obiettivo di mantenere vivi la vicenda umana e l'impegno di Gigi Ghirotti (1920-1974), giornalista che, raccontando il suo vissuto di malato oncologico, denunciò l'isolamento dei pazienti, l'insufficienza delle strutture sanitarie, le carenze dell'assistenza pubblica. Ancor oggi il principale scopo della Fondazione Ghirotti è promuovere il miglioramento della qualità della vita dei malati e dei loro familiari, favorendo la diffusione di una nuova coscienza civile. Per dare la più ampia risonanza possibile a questo importante messaggio di sensibilizzazione, i lettori sono invitati a esporre la locandina che promuove l'iniziativa, allegata a questo numero di *Farma7*.

ARRIVANO I POLLINI E LE ALLERGIE

È ormai partita la stagione delle graminacee e, con essa, l'esplosione delle allergie da polline. Secondo la Società italiana di allergologia, asma e immunologia clinica (Siaaic) saranno sei milioni gli italiani colpiti dalle allergie, quest'anno particolarmente virulente per le condizioni climatiche. Alla stagione delle piogge, infatti, è seguito un caldo improvviso e così è esplosa l'impollinazione. Particolare attenzione deve, quindi, essere riservata al problema da parte di medici e farmacisti.

Rassegna stampa sulle tematiche farmaceutiche e sanitarie

I CONTI IN TASCA AGLI OSPEDALI PER IL 2014 CHIUSURA IN ROSSO

I giornali italiani mettono in evidenza i dati del consuntivo svolto dall'Aifa: mentre la spesa ospedaliera "sfora", la farmaceutica territoriale fa segnare un avanzo; aumentano i ticket e la compartecipazione dei cittadini

La spesa farmaceutica ospedaliera nel 2014 chiude i conti in rosso con un disavanzo di 1,049 mld, attestandosi a 4,87 mld di euro: lo sforamento dovrà essere pagato per metà dalle aziende (Tar permettendo, annota un articolo del *Sole 24 Ore*) e per metà dalle Regioni. Segna invece un avanzo di 185 mln la farmaceutica territoriale, in calo del 3% rispetto al 2013. In aumento i ticket e la compartecipazione dei cittadini con 1,5 mld di entrate (+4,5%). I dati emergono dal consuntivo 2014 dell'Aifa, diffuso ieri (*Il Sole 24 Ore*, 6.5.15).

FEDERFARMA NAPOLI I SERVIZI COME REGOLA

Il presidente di Federfarma Napoli Michele Di Iorio traccia il quadro delle 770 farmacie di Napoli e provincia. "Grazie all'introduzione della Dpc garantita da una società di servizi con socio unico Federfarma Napoli e del Cup a pagamento, le farmacie napoletane si sono dimostrate pronte a fare della farmacia dei servizi la regola e non solo un'eccezione: è infatti cresciuta sensibilmente negli anni la consapevolezza di affrontare da protagonisti la sfida di ampliare la propria offerta in termini di salute e di benessere nei confronti dei cittadini". Il principale punto di forza delle farmacie del territorio, sottolinea Di Iorio, è la "capillarità, coniugata a una diffusa ed elevata professionalità dei titolari". Tra le criticità vi sono i "ritardi con i quali le Asl hanno saldato le spettanze dovute alle farmacie negli ultimi trent'anni", che hanno portato all'attuale sottocapitalizzazione delle stesse farmacie" e "l'attivismo criminale"

che solo nel 2014 ha contato "due ferimenti di colleghi titolari di farmacia e oltre cento rapine consumate con solo danno patrimoniale" (*Farmacianews.it*, 7.5.15).

VARIE

Nelle farmacie della provincia di Udine sarà disponibile una brochure, realizzata per i giovani, con dati emersi dal sondaggio "in my bed" e informazioni su sesso, salute e prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili. L'iniziativa è sostenuta da Federfarma Udine e rimarca il ruolo delle farmacie come sportello per la prevenzione (*Messaggero Veneto*, 8.5.15).

Sicilia: la situazione delle farmacie. In una intervista, il presidente di Federfarma Palermo, Roberto Tobia, fa il punto su alcune difficoltà del settore. Le aperture di nuove farmacie genereranno ulteriori problemi di sostenibilità per le farmacie siciliane, costringendo le farmacie a fare a meno di tanti collaboratori, mentre molti vincitori di concorso non saranno in grado di sostenere l'onere dell'avvio della nuova farmacia. Grazie a un accordo con la Regione Sicilia, la distribuzione per conto (farmaci della Asl distribuiti in farmacia) ha fatto risparmiare il servizio sanitario e ha evitato ai malati lunghi spostamenti per raggiungere i centri di distribuzione del farmaco. A causa di "incomprensioni" tra Asp e la partecipata regionale Sicilia e-Servizi, rimangono però lettera morta i restanti punti dell'intesa, quali Cup in farmacia, pagamento del ticket e consegna

dei referti nelle farmacie. Per quanto riguarda la vendita di farmaci con ricetta in altri esercizi, Tobia osserva che in nessun Paese al mondo la ricetta è fuori farmacia e che dal 1° marzo in Svezia il paracetamolo, farmaco in Italia venduto anche al supermercato, è tornato a essere vendibile solo in farmacia perché l'Agenzia del farmaco ha rilevato abusi nell'utilizzo del medicinale (*Giornale di Sicilia*, 8.5.15).

La salute che verrà. Il successo delle numerose serie di telefilm imperniati su medici e ospedali indicano il crescente interesse del pubblico nei confronti della medicina, che è stato al centro di "Bologna Medicina", Festival della scienza medica in quattro giornate dedicate a discutere il futuro della medicina in incontri con premi Nobel, mostre interattive e letture. Argomento principale di questa prima edizione è "la lunga vita" in un orizzonte che abbraccia la medicina rigenerativa, la lotta al cancro, le frontiere della biotecnologia e la nuova geroscienza. Tra le sfide, la riduzione delle demenze nella popolazione futura e la sostenibilità dei costi per la sanità, a partire da quelli per i farmaci innovativi (*Corriere della Sera*, 5.5.15).

Farmaci generici. Un rilancio del settore dei farmaci generici made in Italy, secondo il recente studio Nomisma presentato a Roma, produrrebbe effetti positivi in termini di razionalizzazione della spesa pubblica e crescita degli investimenti, ma anche di valore aggiunto e occupazione. L'introduzione di un farmaco generico porta, in media, a una riduzione del prezzo per confezione pari al 60% a un anno dall'ingresso sul mercato: "Una dinamica che ha permesso, negli ultimi 4 anni un incremento delle vendite in termini di confezioni, accompagnato da una contestuale riduzione del-

la spesa complessiva per i farmaci rimborsati dal Ssn". Inoltre, "se i pazienti sostituissero tutti i farmaci utilizzati con i rispettivi generici al prezzo più basso, sarebbe possibile ottenere oltre 1,4 miliardi di euro di risparmi privati, a parità di confezioni vendute" (*Sanita24*, 6.5.15).

La scarsa aderenza alla terapia dei pazienti affetti da patologie autoimmuni è elevata: un malato su tre rinuncia alla cura o ha un comportamento "altalenante" e, molto spesso, non lo dice al medico, pur essendo consapevole del rischio di andare incontro a un peggioramento delle proprie condizioni di salute. La scarsa aderenza alle terapie tra chi soffre di patologie autoimmuni croniche (come artrite reumatoide, spondilite anchilosante, morbo di Crohn, colite ulcerosa, psoriasi e artrite psoriasica) rappresenta oggi una sfida tanto per la salute dei pazienti quanto per la sostenibilità dei sistemi sanitari. Il fenomeno è fotografato dal progetto "Mosaico", attraverso una ricerca condotta da Doxa Pharma e promossa da alcune associazioni di pazienti (*Corriere della Sera*, 3.5.15).

Salute e app. Le applicazioni per lo smartphone che promettono di occuparsi della nostra salute costituiscono un settore che nel giro di 5 anni dovrebbe valere 21 miliardi di dollari. Secondo alcuni, tali app sono accurate nelle misurazioni e prive di rischi, ma sostanzialmente inutili: rischiano di creare una generazione di nevrotici che monitorano continuamente tutti i parametri vitali (*La Repubblica*, 5.5.15).

Senza sperimentazione animale si uccide la ricerca italiana e gli argomenti di chi vuole vietarla o limitarla sono privi di senso. È il messaggio lanciato da un gruppo di scienziati in una conferenza stampa al Senato, promossa dalla senatrice Pd e presidente della Commissione Igiene e Sanità, Emilia Grazia De Biasi, dal senatore Carlo Giovanardi e dalla senatrice a vita Elena Cattaneo. Durante l'incontro è stato ribadito che gli animali da laboratorio sono necessari e spiegato come le quattro mozioni -presentate da Sel, Movimento 5 Stelle e da alcuni esponenti del Pd- volte a "promuovere la cultura contro i maltrattamenti degli animali" rischino di compromettere il futuro

della medicina e la salute dei cittadini. L' appello è stato accolto solo in parte: le mozioni e gli ordini del giorno in materia sono stati approvati in seguito a una parziale riformulazione del governo: cancellato l'impegno di abbandonare progressivamente la sperimentazione animale, resta l'intenzione di investire nelle metodologie alternative (*La Stampa Tuttoscienze*, 6.5.15).

I costi del fisco. Ogni anno gli adempimenti fiscali costano circa 17 miliardi tra dichiarazioni, comunicazioni, predisposizioni di versamenti e rimborsi. La stima è del *Sole 24 Ore*, che ha calcolato un totale di 173 milioni di operazioni fiscali annue, per le quali Caf e professionisti impiegano complessivamente oltre 19 milioni di giornate di lavoro. L'operazione più onerosa e impegnativa risulta la dichiarazione dei redditi delle società, seguita dalla dichiarazione di successione; la più semplice è la preparazione di un modello di pagamento F24 (*Il Sole 24 Ore*, 4.5.15). (US.SM - 6878/208 - 12.5.15)

** Gli articoli citati sono disponibili sul sito di Federfarma cliccando i link della circolare*

Si comunica ai Signori Farmacisti che dal 13/01/2015 è in commercio il

COLECALCIFEROLO EG®

nelle seguenti confezioni

COLECALCIFEROLO EG® 10.000 U.I. / ml gocce orali soluzione
1 flacone da 10 ml - N.AIC 042751014

Classe di rimborsabilità: **A/RR**

Prezzo al pubblico: **4,50€**

Farmaco di riferimento: **Dibase**

COLECALCIFEROLO EG® 25.000 U.I. / 2,5 ml soluzione orale
1 contenitore monodose da 2,5 ml - N.AIC 042751026

Classe di rimborsabilità: **A/RR**

Prezzo al pubblico: **4,50€**

Farmaco di riferimento: **Dibase**

Quando scelgo un generico, chiedo EG®

EG®
EuroGenerici

ARMONIA®

Oro

ASSORBIMENTO
RAPIDO

Retard

RILASCIO
CONTROLLATO

Fast

RILASCIO
IMMEDIATO

Ogni sonno è un buon sonno con Armonia



Melatonina pura al 99,9% e una scelta di formulazioni per rispondere a ogni singola esigenza di riequilibrio del ritmo del sonno.

Tutto questo è **ARMONIA®**

NATHURA.COM



NATHURA®

LA NOSTRA RICERCA,
IL TUO STAR BENE.

Federfarma informa

Uffici Federfarma

SPESA FARMACEUTICA REGIONALE

I dati del monitoraggio Aifa sul 2014

L'Aifa ha pubblicato sul proprio sito i dati del monitoraggio della spesa farmaceutica relativi al consuntivo 2014. Da tale analisi emerge che la spesa farmaceutica convenzionata netta è diminuita del 3% a fronte di un aumento estremamente contenuto del numero delle ricette (+0,2%). In sensibile aumento, invece, sono le quote di compartecipazione a carico dei cittadini (+4,5%), di cui oltre il 63% dovuto a importi pagati dai cittadini per coprire la differenza rispetto al prezzo di riferimento. Cresce anche la spesa per farmaci di fascia A erogati da parte delle Asl in distribuzione diretta o per conto (+7,7%).

Il risultato complessivo di tali voci, che confluiscono nella spesa farmaceutica territoriale (convenzionata+diretta+dpc), è una spesa che si attesta all'11,18% del Fondo sanitario nazionale, quindi al di sotto del tetto dell'11,35%, pur con una situazione diversificata a livello regionale.

Nel 2014 non si è verificato, quindi, alcuno sfioramento del tetto di spesa, tetto che negli anni è stato ridotto in misura eccessiva e che dovrebbe essere, invece, incrementato per potenziare l'assistenza farmaceutica sul territorio in modo da garantire risparmi su altre voci di spesa. Ben diverso è l'andamento della spesa farmaceutica ospedaliera: i dati Aifa evidenziano come tale voce, anche nel 2014, si sia attestata ampiamente al di sopra del tetto programmato del 3,5%, raggiungendo il 4,46% del Fsn, con uno sfioramento superiore al miliardo di euro. Lo sfioramento dell'ospedaliera riguarda tutte le Regioni, con la sola eccezione della Valle d'Aosta. (URIS.PB - 6754/203 - 11.5.15)

FIMMG

Sciopero nazionale dei medici di famiglia

Si ritiene doveroso segnalare la campagna di mobilitazione indetta dalla Fimmg e che coinvolgerà i medici di medicina generale di tutte le province italiane, per protestare contro lo stallo delle trattative per il rinnovo della Convenzione medica. Evidenzia la Fimmg nel proprio comunicato stampa (vedasi il sito www.federfarma.it) che *"non chiede, in questo particolare momento del Paese, aumenti di stipendio per i medici, ma che i professionisti siano messi nelle condizioni di esprimere al meglio le proprie capacità assistenziali."*

La protesta, che sarà pubblicizzata dalla Fimmg con l'affissione di manifesti lungo le strade e la distribuzione di materiale informativo anche in alcuni ambulatori tenuti aperti nei prossimi due fine settimana, culminerà con uno sciopero nazionale della categoria medica proclamato per il 19 maggio. A proposito, è precisato nel comunicato stampa che il 19 maggio gli studi dei medici di famiglia saranno chiusi dalle ore 8 alle ore 20, garantendo le prestazioni indispensabili: visite domiciliari urgenti, in assistenza programmata a pazienti terminali, prestazioni di assistenza domiciliare integrata (Adi)

e le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali. Si fermeranno anche i medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) dalle 20 alle 24, garantendo le prestazioni indispensabili. La Fimmg ha, inoltre, messo online anche una pagina dedicata alle iniziative (www.fimmg.org/manifestiAmoFimmg) e una petizione "Contro l'abolizione del medico di famiglia" (disponibile al link www.change.org/p/campagna-contro-l-abolizione-del-medico-di-famiglia), diretta al Presidente del Consiglio, Matteo Renzi, al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e ai Presidenti di Regioni e Province autonome.

Federfarma, comprendendo e condividendo pienamente i gravi disagi espressi dai medici di medicina generale, invita le farmacie a informare l'utenza in merito alle modalità di svolgimento e alle motivazioni della iniziativa sindacale avviata dalla Fimmg. (UL.AC – 6877/207 – 12.5.15)

SISTRI

Queste le modalità per la cancellazione

Il ministero dell'Ambiente ha recentemente reso disponibile sul proprio sito, un comunicato (vedasi il sito www.federfarma.it) concernente le attese modalità di cancellazione dal Sistri per le aziende che possono esercitare tale facoltà, vale a dire quelle che producono rifiuti pericolosi e occupano fino a 10 dipendenti.

La cancellazione prevede l'impiego della chiavetta Usb, in dotazione a ciascuna farmacia iscritta, mediante la quale sarà possibile entrare nell'area autenticata dell'applicativo "Gestione Azienda". All'interno di tale programma è prevista una apposita sezione di "Richieste", tra le quali anche quella relativa alla "Cessazione azienda". Per facilitare tale operazione è reperibile sul sito di Federfarma la "Guida gestione azienda" ove viene illustrato il percorso telematico da seguire.

Ultimato l'invio telematico al Sistri di tale richiesta di cancellazione da parte della farmacia, il Sistri stesso, non appena evade tale richiesta, invierà una conferma dell'avvenuta cancellazione all'indirizzo e-mail indicato dal richiedente. Successivamente alla ricezione della conferma di avvenuta cancellazione inviata dal Sistri, è possibile procedere alla riconsegna dei dispositivi, secondo le modalità di seguito descritte.

- I dispositivi Usb devono essere spediti *entro 10 giorni lavorativi* dall'avvenuta conferma di cancellazione con raccomandata A/R a: Sistri - Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare - Via Cristoforo Colombo 44, 00147 Roma, allegando il modulo di restituzione debitamente compilato.
- Le farmacie che non dispongono di un dispositivo Usb necessario per richiedere la cancellazione, a causa di smarrimento, furto o danneggiamento del medesimo, dovranno contattare il Contact Center Sistri al numero verde **800 00 38 36**, per conoscere e attivare le relative procedure di risoluzione.

(UE.AA – 6764/205 – 11.5.15)

FEDERFARMA POTENZA ELEZIONI PER IL 2015-18

L'Associazione dei titolari di Potenza ha rinnovato il proprio vertice per il triennio 2015-2018. Questo l'assetto degli organi direttivi e di controllo: presidente Franco Caiazza; vicepresidente Maria Giuseppa Oliveti; segretario Domenicantonio Verrastro; tesoriere Carlo Claps; delegata rurale Guglielma Punzi; consiglieri Francesco Ciminelli, Alfonso Giudice, Apollonia Guglielmi, Giovanna Pace; sindaci Domenico Armentano, Francesca Capizzi, Francesco Grignetti (supplente); probiviri Filippo Iura, Anna Rosa De Martino, Donatello Papa.

FEDERFARMA ENNA GENCO VICEPRESIDENTE

Federfarma Enna ha un nuovo vicepresidente: in seguito alle dimissioni di Maria Teresa Vaccaro, il consiglio dell'Associazione ha eletto Calogero Massimiliano Genco. Quindi, il direttivo in carica risulta ora così composto: presidente Giorgio Scollo; vicepresidente Calogero Massimiliano Genco; segretaria Elena Alerci; tesoriere Salvatore Ingrasciotta; consiglieri Salvatore Dolcimascolo, Ernesto Pesco (rappresentante rurale), Maria Teresa Vaccaro.

DIVERSITÀ ALIMENTARI CAMPAGNA A GENOVA

Ha preso il via a Genova la campagna "Tutti per uno, una tavola per tutti", promossa da Federfarma Genova e dalla food community "Cucina Mancina", un'iniziativa che punta a promuovere la corretta alimentazione tra i bambini, mettendo in evidenza le problematiche della "diversità alimentare". Nelle 302 farmacie di Genova e provincia, per un mese, è in distribuzione un volantino, stampato in

15mila esemplari, destinato ai più piccoli, ricco di informazioni su cibi e alimenti potenzialmente nocivi per i bambini affetti da intolleranze. Il fascicolo intende coinvolgere più direttamente i bambini proponendo loro di partecipare con i loro disegni alla realizzazione di una storia illustrata sul tema dell'inclusione alimentare: i disegni potranno essere consegnati alle farmacie, che li esporranno per tutta la durata della campagna. Commenta il presidente di Federfarma Genova, Carlo Rebecchi: "Sempre più bimbi soffrono di intolleranze alimentari e patologie congenite aggravate da una scorretta alimentazione. Riteniamo che proprio i bambini, senza mediazione degli adulti, debbano essere i destinatari di questo messaggio di inclusione perché tutti possano sentirsi uguali".

CAMPAGNA INFORMATIVA SULL'IPERTENSIONE

È cominciata con il mese di maggio e proseguirà sino a luglio la campagna di sensibilizzazione sull'ipertensione arteriosa promossa dalla Rete farmacisti preparatori con il titolo "Vivi sano a cuor leggero". Nelle 211 farmacie associate, presenti in tutta Italia, i cittadini troveranno consulenza e materiale informativo sulla patologia e su come prevenirla con sani stili di vita e regolare controllo dei valori (saranno distribuiti schede dietoterapiche e il "diario metabolico", per monitorare i parametri chiave della pressione, della glicemia e del colesterolo). In particolare, poi, nella giornata del 25 giugno, le farmacie della Rete offriranno al pubblico il controllo gratuito della pressione, accompagnato da consigli utili per mantenere i valori pressori nella norma. I cittadini potranno prendere appuntamento con il proprio farmacista di fiducia per chiedere consiglio sulle problematiche legate alla pressione. Secondo dati Oec/

Hes (Osservatorio epidemiologico cardiovascolare - Health examination survey), l'ipertensione arteriosa è molto diffusa nella popolazione italiana e colpisce il 56% degli uomini e il 43% delle donne. Per informazioni ulteriori: 366.5759720 - comunicazione@retfarmacistipreparatori.it - www.retfarmacistipreparatori.it.

VERONA: FITOTERAPIA SPIEGATA AI BAMBINI

Presentato a Verona il progetto pilota "Piante officinali a scuola", ideato da Federfarma Verona e rivolto ai bambini della scuola primaria. Dieci farmacisti veronesi, affiancati dagli insegnanti, spiegheranno in modo divertente e istruttivo ai bambini di sei scuole primarie quali sono le piante medicinali più usate e come si trasformano in farmaci. L'iniziativa si articola in 6 ore di attività scolastica, divise in lezioni teoriche e laboratorio, con la partecipazione diretta degli studenti alla semina di piante officinali e alla realizzazione di una crema dalle proprietà idratanti e lenitive.

NUOVO "INFOFARMA" DISPONIBILE ON LINE

È disponibile gratuitamente on line, all'indirizzo: <http://www.ulss20.verona.it/infofarma.html>, il secondo numero del 2015 di *Infofarma*, bimestrale di "informazione indipendente e aggiornamento sanitario" curata dal pool di esperti già curatore dell'autorevole *Dialogo sui Farmaci*, ed edita dalla Ulss 20 di Verona. Sul bollettino n. 2/2015 si segnala, l'editoriale, scritto a quattro mani da Bozzini e Font, dedicato a terapie, trattamenti e farmaci di particolare rilievo e attualità, come le eparine, la terapia ormonale sostitutiva, la contraccezione di emergenza, oggetto di approfondimento in altra parte della rivista (il "Forum clinico").

FARMACI VETERINARI UE NO A VENDITA ON LINE?

Sta facendo molto rumore a Bruxelles la proposta di regolamento della Commissione europea che intende permettere la vendita on line anche dei farmaci veterinari. Tale proposta è stata calendarizzata al Parlamento di Strasburgo per l'esame in Commissione parlamentare Salute, la cui relatrice, Françoise Grossetête, dovrà consegnare la propria iniziale proposta di modifica entro il 15 giugno.

Da contatti avuti a Bruxelles con l'onorevole Grossetête sembra proprio che la parlamentare francese sia convinta a emendare il Regolamento prevedendo una proibizione completa della vendita on line di farmaci veterinari, compresi quindi anche i farmaci senza ricetta.

In tal modo, pertanto, la nuova regolamentazione europea sui farmaci veterinari andrebbe ben al di là e sarebbe più restrittiva rispetto a quella sui farmaci a

uso umano, che invece permette la vendita on line di farmaci Otc, lasciando a ogni Stato membro la possibilità di allargare tale possibilità anche ai farmaci etici.

Sembra che la Commissione europea non voglia mantenere una posizione particolarmente rigida su tale norma, anche se potrebbe comunque rinviare la palla e la decisione agli Stati membri e al voto in Consiglio dei ministri. Per quanto riguarda l'Italia, il nostro Paese dovrà esprimere la sua opposizione alla vendita via internet dei farmaci veterinari, in quanto vincolato dalla Risoluzione del Senato del 25 novembre 2014. (ML)



è lieta di annunciare ai Sigg. Farmacisti che dal **7 aprile 2015** presso i grossisti è disponibile per la vendita

DESTIER[®](+)
bridge

Integratore alimentare

a base di Acido R(+)-Tioctico, Boswellia serrata (CASPEROME[®]) e vitamine

*nella confezione
30 compresse da 1,02 g*



CASPEROME[®] È marchio registrato di Indena S.p.A. - Milano

È lieta di informare i signori Farmacisti
che a partire dal 12 maggio 2015
inizia la **promozione** presso la classe medica di

Xoterna[®] Breezhaler[®]

Indacaterolo/Glicopirronio

Disponibile nella seguente composizione:

30 CAPSULE RIGIDE E UN INALATORE



Classe A/RRL

Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti individuati dalle Regioni.

Prescrizione del medicinale soggetta a diagnosi e piano terapeutico (PT).

AIC n. 043033036/E

Prezzo al pubblico: € 71,50

Notiziario economico

Ufficio Rapporti Economici Federfarma

FARMACO ELLAONE MODIFICA DEL REGIME PRESCRITTIVO

Sulla G.U. n. 105 dell'8 maggio 2015 è stata pubblicata la Determina AIFA 21 aprile 2015 con la quale è stato *modificato, a decorrere dal 9 maggio 2015, il regime prescrittivo della specialità medicinale ELLAONE* AIC n. 039366012 30 mg l cpr, un contraccettivo d'emergenza da assumersi entro 5 cinque giorni dal rapporto. Il regime prescrittivo di tale farmaco, autorizzato sin dal 18 novembre 2011, è stato modificato da ricetta non ripetibile a quello di seguito riportato, eliminando anche l'obbligatorietà del test di gravidanza:

- per le pazienti di **età pari o superiore a 18 anni**
- medicinale non soggetto a prescrizione medica ma non da banco **SOP**
- per le pazienti di **età inferiore a 18 anni**
- medicinale soggetto a prescrizione medica da rinnovare volta per volta **RNR**

Si invitano le farmacie, nei casi in cui la maggiore età del richiedente non sia evidente, a chiedere l'esibizione di un documento di identità e a rifiutare la dispensazione del farmaco senza ricetta qualora risulti non presente il requisito della maggiore età del richiedente.
(UE.AA – 6763/204 – 11.5.15)

MODIFICA AIC FARMACI VETERINARI CON COLISTINA E SPIRAMICINA

Sulla G.U. n. 103 del 6 maggio 2015 è stato pubblicato il Decreto 21 aprile 2015 di modifica delle autorizzazioni all'immissione in commercio dei medicinali veterinari contenenti **Colistina**, da somministrare per via orale. Le Aic di tali farmaci devono essere modificate nel riassunto delle caratteristiche del prodotto, nell'etichettatura e nel foglio illustrativo. A tal fine le società titolari delle autorizzazioni all'immissione in commercio dei sopra citati farmaci sono tenute a presentare, con effetto immediato, la relativa domanda di variazione prevista dalla normativa vigente e a confermare, in base a quanto disposto nel citato decreto, **entro sessanta giorni**, gli stampati delle confezioni in commercio.

Sulla G.U. n. 106 del 9 maggio 2015 è stato pubblicato il Decreto 31 marzo 2015 di modifica delle autorizzazioni all'immissione in commercio dei medicinali veterinari **Suanovil 20** e nomi associati, **Capitalin** e nomi associati e relativi prodotti generici contenenti la sostanza attiva **Spiramicina**. Le Aic di tali farmaci devono essere modificate nel riassunto

delle caratteristiche del prodotto, nell'etichettatura e nel foglio illustrativo. A tal fine le società titolari delle autorizzazioni all'immissione in commercio dei sopra citati farmaci sono tenute a presentare, con effetto immediato, la relativa domanda di variazione prevista dalla normativa vigente e a confermare, in base a quanto disposto nel decreto, **entro trenta giorni**, gli stampati delle confezioni in commercio.

FURTO DI FARMACI DESTINATI A OSPEDALI ITALIANI

L'Agenzia Italiana del farmaco ha pubblicato sul proprio sito la notizia di un furto di medicinali avvenuto, secondo quanto comunicato dall'azienda titolare dell'Aic, Roche Spa, il 24 aprile 2015 durante il trasporto di medicinali destinati a ospedali italiani. Il corriere trasportava soltanto medicinali della ditta Roche. L'elenco di farmaci oggetto del furto è il seguente.

Codice Aic	Medicinale	Lotto	Scadenza	Confezioni
036680027	AVASTIN : 1 flaconcino da 100 mg di concentrato per soluzione per infusione	B8003H01	9.7.2016	20
035745025	COPEGUS : 168 compresse rivestite con film da 200 mg in bottiglia	N0346B01	3.3.2018	20
034949014	HERCEPTIN : 150 mg polvere per concentrato per soluzione per infusione endovenosa 1 flaconcino uso endovenoso	N1028B01	23.7.2018	105
034949026	HERCEPTIN : 600 mg/5 ml soluzione iniettabile uso sottocutaneo flaconcino (vetro) da 6 ml 1 flaconcino	B1005B01	26.9.2015	20
030675021	INVIRASE : 120 compresse rivestite con film da 500 mg	E0452E1	18.11.2017	2
008776066	KONAKION : prima infanzia 2 mg/0,2 ml soluzione orale ed iniettabile 5 fiale da 0,2 ml con siringa per somministrazione orale	F2139F05	24.2.2018	40
033315019	MABTHERA : 2 fiale 100 mg 10 ml	N7033B03	1.4.2017	15
033315021	MABTHERA : 1 fiala 500 mg 50 ml	N7040B03	30.4.2017	20
034430191	NEORECORMON : 50000 ui multidoso polvere iniettabile+solvente uso parenterale 1 fiala e 1 fialone solvente sc-iv	H0670H03	22.4.2017	10
042682017	PERJETA : 420 mg concentrato per soluzione per infusione uso endovenoso flaconcino (vetro) 30 mg/ml 1 flaconcino	H0088B22	26.8.2016	5
036871034	TARCEVA : 150 mg 30 compresse rivestite con film blister pvc/al	N1019B03	12.4.2017	3
041863010	ZELBORAF : 240 mg compressa rivestita con film uso orale blister (alu/alu) 56 compresse	M1149M3	17.9.2016	3

CARENZE DI FARMACI

In applicazione del protocollo d'intesa sottoscritto tra Federfarma, Farindustria e le altre Associazioni della filiera distributiva concernente la temporanea carenza di farmaci sul territorio, si ha cura di trasmettere le segnalazioni pervenute

a Federfarma relative alla temporanea carenza dei farmaci sottoindicati.

AIC	Farmaco	Periodo presumibile di carenza	Presunto ripristino forniture
026667028	SYSCOR*24CPR RIV 10MG (Bayer)	Dall'11.5.2015	15.7.2015

COMUNICAZIONI DALLE AZIENDE

La società Baxter informa che la propria casa madre negli Stati Uniti, Baxter Healthcare, si sta dividendo a livello globale in due aziende indipendenti operanti nel settore della salute. Di conseguenza, a livello italiano, i prodotti della linea **Emofilia e BioTherapeutics** non saranno più commercializzati da Baxter Spa, ma dalla neocostituita Baxalta Italy Srl. Dal 1° maggio 2015 la Baxter Spa ha trasferito tutte le attività e i contratti relativi ai suddetti prodotti a Baxalta Italy Srl con sede nei medesimi uffici in piazzale dell'Industria, 20 - Roma, mantenendo immutate le condizioni contrattuali e di pagamento. Le due società continueranno a collaborare tra loro per evitare ogni disservizio ai clienti e ai pazienti. Per qualsiasi chiarimento o informazioni in merito è a disposizione il Customer service Baxalta Italy al numero verde 800.561996

(indicando l'opzione 1) o fax n. 800.561997.

In riferimento alla revoca su rinuncia della specialità medicinale **Diabemide*20cpr 250mg - Aic 016891018** (cfr. circolare Federfarma prot. n. 5111/151 del 7/4/2015), la società Laboratori Guidotti informa di averne cessato la commercializzazione. Qualora nel canale distributivo fossero presenti scorte della specialità revocata, in corso di validità, le stesse potranno essere esitate fino al 20 ottobre 2015.

La società Sanofi comunica che, in seguito al passaggio di titolarità alla società Cheplapharm Arzneimittel, ha cessato la commercializzazione della specialità Deursil nelle seguenti confezioni:

Deursil*20cps 150mg - Aic 023605076; Deursil*20cps 300mg - Aic 023605114; Deursil*20cps 450mg rp - Aic 023605138; Deursil*20cps 225mg rp - Aic 023605153

A far data dal 5 maggio 2015 la copertura dei bisogni del mercato italiano sarà assicurata dalla società Itc Farma - via Pontina n. 5 - Km 29 - 00040 Pomezia RM - tel 06.916391 - fax 06.9106945 che è stata nominata concessionaria di vendita. La Sanofi precisa, infine, che le confezioni esistenti nel circuito distributivo saranno esitabili fino alla data di scadenza indicata sulla confezione.

COMUNICATO AI SIGG. FARMACISTI



Informa tutti i farmacisti che dal 21 agosto 2014 il Parlamento ha disposto l'immediata entrata in vigore delle **SANZIONI** per chi utilizza shopper monouso **NON** compostabili e quindi rischia multe a partire da 2.500 a 25.000 EURO. La legge è pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 192 del 20 Agosto scorso.

IMPORTANTE:

I prodotti monouso conformi sono solo quelli certificati biodegradabili e compostabili in accordo con la norma **Uni En 13432:2002**; gli enti certificatori più comunemente utilizzati dai produttori dei manufatti biodegradabili e compostabili al fine di certificarne la piena rispondenza alla Uni En 13432:2002 sono Aib Vincotte, Certiquality srl e Dincertco



è partner ufficiale



Novamont con licenza



Via Grecia, 14 - PADOVA - Tel. 049.8701544

• info@pharmabag.com - www.pharmabag.com

IMMISSIONI IN COMMERCIO DI SPECIALITÀ GIÀ AUTORIZZATE

SPECIALITÀ	N. AIC	PREZZO	CLASSE
JARDIANCE*28CPR RIV 10MG (Boehringer Ingelheim It.)	043443136	59,22	A
JARDIANCE*28CPR RIV 25MG (Boehringer Ingelheim It.)	043443047	59,22	A
DAKLINZA*28CPR RIV 30MG (Bristol-Myers Squibb)	043542012	16.504,00	A
DAKLINZA*28CPR RIV 60MG (Bristol-Myers Squibb)	043542036	16.504,00	A
FYCOMPA*7CPR RIV 2MG (Eisai)	042581013	44,58	A
FYCOMPA*28CPR RIV 4MG (Eisai)	042581037	178,29	A
FYCOMPA*28CPR RIV 6MG (Eisai)	042581064	178,29	A
FYCOMPA*28CPR RIV 8MG (Eisai)	042581090	178,29	A
FYCOMPA*28CPR RIV 10MG (Eisai)	042581126	178,29	A
FYCOMPA*28CPR RIV 12MG (Eisai)	042581153	178,29	A
XOTERNA BREEZHALER*30CPS 85+43 (Novartis Farma)	043033036	71,50	A
ULTIBRO BREEZHALER*30CPS 85+43 (Novartis Farma)	043031032	71,50	A

TELEVISIONE

Ag-Res (Ag Pharma)
Destasi Ven e Kilocal (Pool Pharma)
Voltadvance (Novartis)
Latte Crescita (Mellin)
Multicentrum (Pfizer)
Velvet Soft (Reckitt Benckiser)
Onilaq (Galderma)
Rinazina Antiallergica (Gsk Consumer Healthcare)
Enantyum (Menarini)

RADIO

Spididol (Zambon)
Rilastil Smagliature (Istituto Ganassini)
Cell Plus Md (Bios Line)
Bio Nike Defence Body Anticellulite (Icim International)
Le Dodici Erbe (Medical Pharma)
Destasi (Pool Pharma)
Normaline (Antonetto)

STAMPA

Sustenium Plus (Menarini)
Vital Mix (Montefarmaco)
Dermovitamina (Pasquali)
Sea Band P6 Nausea Control (Consulteam)
Dimalosio Complex (Alckamed)
Linea Calmanti (F&F)
Immun'Age (Named)
Modul Col (Pool Pharma)

Fonte: dati servizio Nielsen Media per la farmacia, elaborazioni New Line (info@newl.it)

TEVA

Women's Health

informa i sigg. Farmacisti che **a partire dal mese di Maggio 2015**
sarà in commercio

SEASONIQUE®

il primo contraccettivo orale a regime esteso.

La confezione conterrà 91 giorni di utilizzo:

- 84 pillole attive (levonorgestrel 0,15 mg/etinilestradiolo 0,03 mg)
- 7 pillole con etinilestradiolo a basse dosi (etinilestradiolo 0,01 mg)

HALIBORANGE®

EMULSIONE ORALE

Eurospital comunica ai Signori Farmacisti che Haliborange Emulsione Orale ha cambiato classe

Da farmaco Sop Haliborange Emulsione Orale *diventa integratore alimentare.*

Oggi è ancora più buono e gustoso: in questo passaggio, la formulazione, adeguandosi alle nuove linee guida, ha mantenuto inalterate le sue caratteristiche tecniche, organolettiche e di palatabilità, che hanno reso Haliborange “Sciroppo” un prodotto apprezzato e unico nel suo genere. Haliborange Emulsione Orale è composto da *olio di fegato di merluzzo*, ricco di acidi grassi Omega 3, vitamina D, vitamina A con *succo d'arancia* concentrato e *vitamina C*.

È indicato nei casi di astenia, inappetenza e nei momenti di convalescenza e nella prevenzione e il trattamento della carenza della vitamina D.

Privo di glutine, questo tonico ricostituente è utile *per i bambini* che hanno problemi a relazionarsi con il cibo, *per gli adulti* che hanno bisogno di un contributo nutrizionale e per tutti coloro che, in seguito agli effetti collaterali di alcune cure, hanno perso l'appetito.

Eurospital®

Per informazioni contattare
Eurospital SpA, via Flavia 122, 34147 Trieste
tel. 040.89971 - customer.service@eurospital.it
oppure visitare il sito internet www.zeroquattordici.com



NOTA INFORMATIVA IMPORTANTE PER GLI OPERATORI SANITARI

Sul sito dell'Aifa (www.agenziafarmaco.gov.it) è consultabile una Nota informativa importante, concordata dai produttori con Aifa ed European medicines agency, sull'uso di Harvoni (Sofosbuvir + Ledipasvir) o Daklinza (Daclatasvir) in combinazione con Sovaldi (Sofosbuvir) somministrati in concomitanza con Amiodarone e sull'eventuale rischio di aritmie clinicamente significative. La riproduciamo qui di seguito.

In accordo con l'Agenzia europea dei medicinali (Ema) e l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), le aziende titolari dei medicinali Harvoni, Daklinza e Sovaldi desiderano informare gli operatori sanitari di quanto segue.

- In pazienti in trattamento con Amiodarone e Harvoni o con Amiodarone e Sovaldi in combinazione con Daklinza sono stati segnalati casi di bradicardia grave e blocco cardiaco.
- La bradicardia è stata osservata entro un periodo compreso tra alcune ore e due settimane dopo l'inizio del trattamento per l'epatite da Hcv.
- I pazienti in trattamento con Amiodarone devono essere strettamente monitorati all'inizio della terapia con Harvoni o Sovaldi in combinazione con Daklinza (vedere sotto: *Altre raccomandazioni*)
- L'Amiodarone deve essere iniziato nei pazienti trattati con Harvoni o Sovaldi in combinazione con Daklinza unicamente quando altre terapie antiaritmiche alternative non sono tollerate o sono controindicate. Anche in questo caso è necessario uno stretto monitoraggio.
- A causa della lunga emivita dell'Amiodarone, devono essere opportunamente monitorati anche i pazienti che hanno interrotto da pochi mesi il trattamento

con Amiodarone e che sono in attesa di iniziare la terapia con Harvoni o Sovaldi in combinazione con Daklinza.

Ulteriori informazioni

- Otto casi di bradicardia grave o blocco cardiaco sono stati segnalati post-marketing in pazienti in trattamento con Amiodarone e Harvoni o Sovaldi in combinazione con Daklinza.
- Tre degli otto casi riguardavano pazienti trattati con Harvoni e cinque casi riguardavano pazienti trattati con Sovaldi più Daklinza.
- Sei casi si sono manifestati nelle prime 24 ore e gli altri due casi si sono manifestati nei primi 2-12 giorni dopo l'inizio del trattamento contro il virus dell'epatite C (Hcv).
- In un caso è stato osservato un arresto cardiaco fatale e in due casi è stato necessario l'uso di un pacemaker.
- In due casi, la ripresa del trattamento anti-Hcv con prosecuzione della terapia con Amiodarone ha indotto una recidiva della bradicardia sintomatica.
- In un caso, nel quale dopo 8 giorni d'interruzione dell'Amiodarone la ripresa del trattamento anti-Hcv aveva indotto bradicardia recidivante, questo effetto non è più stato osservato quando la ripresa del trattamento avveniva dopo 8 settimane d'interruzione dell'Amiodarone.
- Il meccanismo alla base di questi eventi non è stato identificato e ulteriori casi (comprendenti l'uso combinato di Sofosbuvir con antivirali ad azione diretta (Daa) diversi da Daclatasvir o Ledipasvir o casi non trattati con Amiodarone) sono attualmente oggetto di studio.
- Poiché il numero di pazienti trattati con

Amiodarone ed esposti a Harvoni o Sovaldi in combinazione con Daklinza non è noto, non è possibile stimare l'incidenza di questi eventi.

Altre raccomandazioni

Se la combinazione di Amiodarone con Harvoni o Amiodarone con Sovaldi in combinazione con Daklinza non può essere evitata, si raccomanda uno stretto monitoraggio di questi pazienti, in particolare durante le prime settimane di trattamento. I pazienti considerati ad alto rischio di bradiaritmia devono essere costantemente monitorati per 48 ore dopo l'inizio della terapia concomitante con Amiodarone e antivirali in un ambiente clinico idoneo.

I pazienti che hanno interrotto da pochi mesi il trattamento con Amiodarone e che sono in attesa di iniziare la terapia con Harvoni o Sovaldi in combinazione con Daklinza devono essere monitorati, a causa della lunga emivita dell'Amiodarone.

Inoltre, tutti i pazienti trattati con Harvoni o Sovaldi più Daklinza in combinazione con Amiodarone, con o senza altri farmaci che riducono la frequenza cardiaca, devono essere avvisati in merito ai sintomi della bradicardia e del blocco cardiaco e istruiti a rivolgersi con urgenza a un medico qualora tali sintomi dovessero manifestarsi.

Le informazioni sul prodotto di questi medicinali saranno aggiornate con le nuove informazioni e raccomandazioni.

Segnalazione di reazioni avverse

Si ricorda agli operatori sanitari di continuare a segnalare le reazioni avverse sospette associate a questi prodotti tramite il sistema nazionale di segnalazione spontanea. Questi medicinali, approvati nell'Unione europea nel 2014, sono sottoposti a monitoraggio addizionale. La segnalazione delle sospette reazioni avverse da farmaci dopo l'Autorizzazione del prodotto medicinale è importante. Essa permette una continua valutazione del rapporto beneficio-rischio del prodotto.

TUBERCOLOSI APPELLO DELL'OMS

Nel 2013 si sono ammalate di tubercolosi 9 milioni di persone e 3 milioni non hanno ricevuto le cure necessarie. A ricordarlo è stata l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), in occasione della Giornata mondiale della tubercolosi, il cui messaggio è "Raggiungere, trattare e curare tutti". Un appello rivolto a istituzioni, associazioni e operatori sanitari a impegnarsi di più per garantire a tutti i pazienti una diagnosi corretta e l'accesso alle cure necessarie. Ancora oggi infatti l'epidemia mondiale di tubercolosi causa quasi un milione e mezzo di morti l'anno. Per quel che riguarda l'Europa, gli ultimi dati di Oms e Ecdc (European center disease control) mostrano un calo progressivo dell'incidenza negli ultimi dieci anni, anche se il problema rimane. Nel 2013, nei 53 Paesi membri della Regione europea dell'Oms, si sono

ammalate di tubercolosi 360mila persone, cioè 1.000 persone al giorno. A preoccupare sono soprattutto gli alti tassi di tubercolosi resistente ai farmaci. Nell'Unione europea il numero di casi è diminuito del 6% rispetto al 2012, ma non tutti i Paesi stanno progredendo nello stesso modo e in alcune nazioni a bassa incidenza (come Danimarca, Norvegia e Svezia) i tassi di notifica sono in aumento. A questo ritmo l'Ue non riuscirà a eliminare la tubercolosi prima del prossimo secolo. In Italia nel 2013 sono stati segnalati 3.153 casi, dato che pone il nostro tra i Paesi a bassa incidenza. Il 63% dei casi è stato in persone di origine straniera con un'età media di 36,3 anni, mentre l'età media dei casi di origine italiana è di 56,1 anni. Non sono mancati casi pediatrici, 126 bambini sotto i 15 anni di età (4% dei casi totali), e multiresistenti (3,3%). Nelle grandi città metropolitane l'incidenza di tbc è fino a quattro volte maggiore rispetto alla media nazionale. (Ansa)

L'ICTUS COLPISCE ANCHE I GIOVANI

Si pensa sempre che l'ictus, o più in generale le trombosi, siano malattie tipiche dell'età avanzata. Ma sono tanti i giovani italiani che ne vengono colpiti, 8mila ogni anno: a volte, anche dopo pochi giorni di vita. Il problema è che di questo "si parla poco, e il rischio è di arrivare troppo tardi alla diagnosi". A dirlo è l'Associazione lotta alla trombosi, che ha organizzato una giornata nazionale di informazione e sensibilizzazione. La trombosi consiste nella formazione di trombi, cioè coaguli che bloccano il passaggio del sangue. Ogni anno la trombosi provoca in 600mila persone ictus, infarti, embolie e altre malattie cardiovascolari, causando morte o gravi invalidità. "Queste patologie -spiega Lidia Rota Vender, presidente Alt- potrebbero essere evitate in un caso su tre, con l'informazione, la conoscenza e uno stile di vita sano". (Ansa)



Comunica ai Signori Farmacisti che da lunedì 4 maggio sarà disponibile in commercio

MUVAGYN®
CENTELLA ASIATICA
Gel vaginale

**Tattamento rigenerativo
non ormonale per la
mucosa vaginale**

Confezione
da 8 applicatori = 1 mese
monodose da 5 ml di trattamento

Prezzo al pubblico: € 15,00



**Applicare 2 volte
alla settimana,
a giorni alterni**

Compatibile con l'uso di preservativi - Non è grasso e non macchia

È un dispositivo medico CE 0051

I Signori grossisti sono già stati riforniti



CORSO FAD 1

La farmacia dei servizi: nuove competenze per nuove opportunità

Evento n. 12 - 125743

DISPONIBILE ONLINE SU
WWW.FARMA7FAD.IT

Modulo Didattico 3

Utilità dell'Elettrocardiogramma, dell'Holter-ECG e del monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa nella pratica clinica

AUTORE

Dott. **Guido De Ambroggi**, Dirigente medico di primo livello
presso Centro di Aritmologia Clinica ed Elettrofisiologia, IRCCS Policlinico San Donato

24 Aprile - Modulo 1

Quadro normativo e gestione dei servizi professionali in farmacia

8 Maggio - Modulo 2

Spirometria e saturazione dell'ossigeno ematico: strumenti per la valutazione in farmacia dei disturbi del sistema respiratorio

15 Maggio - Modulo 3

ECG, Holter pressorio e cardiaco in farmacia: strumenti per offrire al medico l'ampliamento del monitoraggio dei disturbi del sistema cardiovascolare

22 Maggio - Modulo 4

La telemedicina in farmacia: caratteristiche, opportunità e applicazioni pratiche

Obiettivi formativi del modulo didattico 3:

Dopo aver completato la seguente monografia di aggiornamento, il farmacista dovrebbe essere in grado di:

- **conoscere** i principali quesiti diagnostici propedeutici all'esecuzione di ECG, Holter-ECG e del monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa;
- **comprendere** il valore di questi esami nella pratica clinica.

Sanitanova è accreditato dalla Commissione Nazionale ECM (accreditamento standard n.12 del 7.2.2013) a fornire programmi di formazione continua per tutte le professioni. Sanitanova si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM.

Utilità dell'Elettrocardiogramma, dell'Holter-ECG e del monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa nella pratica clinica

Autore: Dott. **Guido De Ambroggi**, Dirigente medico di primo livello presso Centro di Aritmologia Clinica ed Elettrofisiologia, IRCCS Policlinico San Donato



- *L'ECG è uno dei test più eseguiti in medicina e costituisce l'esame di prima scelta nella valutazione di pazienti che presentano sintomi di sospetta origine cardiaca come dolore toracico, cardiopalmo, dispnea, sincope o lipotimia.*
- *L'Holter è una metodica ampiamente usata nella pratica clinica cardiologica, le cui indicazioni principali sono la diagnosi e la valutazione di sintomi di possibile origine cardiaca, nonché la valutazione prognostica e degli interventi terapeutici.*
- *Il monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa presenta numerosi vantaggi, quali una maggiore mole di dati, un profilo della pressione arteriosa nella vita reale del paziente, lo smascheramento dell'ipertensione da camice bianco e dell'ipertensione mascherata e il monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa notturna.*
- *Il monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa costituisce un predittore della morbilità e mortalità più forte rispetto alla misurazione della PA in ambulatorio medico.*

➔ Introduzione

Le normative vigenti prevedono che possano essere eseguite in farmacia analisi di secondo livello, quali il monitoraggio dell'attività cardiaca e della pressione arteriosa e l'effettuazione di elettrocardiogrammi. A questa opportunità si lega tuttavia la necessità che il farmacista sia adeguatamente formato e preparato a:

- effettuare in maniera corretta l'esame clinico;
- supportare l'assistito nel comprendere le motivazioni cliniche che hanno consigliato di procedere all'esame;
- fornire eventualmente spiegazioni all'assistito circa i risultati ottenuti.

➔ L'elettrocardiogramma

L'**elettrocardiogramma** (ECG) è una tecnica ormai datata: risale infatti al 1887, quando Augustus Waller pubblicò la prima registrazione elettrocardiografica nell'uomo. Da allora, e con il fondamentale contributo del lavoro del Premio Nobel per la medicina nel 1924, Willem Einthoven¹ (in particolare nello sviluppo e utilizzo del galvanometro a corda, o nell'introduzione delle derivazioni degli arti e della terminologia delle onde elettrocardiografiche, ancora oggi in uso), l'elettrocardiografia ha conosciuto negli anni un continuo e progressivo sviluppo e una inevitabile diffusione, diventando uno strumento fondamentale e indispensabile nella valutazione clinica dei pazienti con problematiche cardiologiche in atto o sospette.

Anche dopo l'avvento e lo sviluppo di altre metodiche diagnostiche non invasive, come l'ecocardiografia, la tomografia assiale computerizzata e la risonanza magnetica -metodiche in grado di fornire dati morfo-funzionali e anatomici molto accurati- l'**ECG** ha mantenuto il suo ruolo fondamentale in cardiologia, grazie al fatto di essere un

test non invasivo di facile esecuzione, immediata disponibilità, riproducibile e di basso costo. L'utilità clinica dell'ECG è legata -oltre che, ovviamente, al campo delle aritmie, dei disturbi di conduzione, delle sindromi coronariche e delle cardiopatie strutturali- anche alla capacità di fornire dati rilevanti nell'ambito di disturbi metabolici, squilibri elettrolitici, tossicità da farmaci (per esempio, digitale, antidepressivi triciclici) e malattie respiratorie, oppure a identificare soggetti, peraltro sani, a rischio di morte cardiaca improvvisa (sindrome del QT lungo, sindrome di Brugada).

Eccito-conduzione cardiaca

Il **battito cardiaco**, ovvero l'attività meccanica di contrazione delle miocellule e, quindi, delle camere cardiache, è determinato dall'onda di depolarizzazione che attraversa il muscolo cardiaco. Tale evento è regolato e coordinato da un vero e proprio sistema elettrico costituito da tessuto specializzato e si suddivide negli elementi rappresentati in **Figura 1**.

- **Nodo senoatriale (1)**: situato al limite tra lo sbocco della vena cava superiore e la parte iniziale della crista terminalis, è formato da cellule che hanno la capacità di generare spontaneamente un potenziale di azione e, quindi, dare inizio all'onda di depolarizzazione; la frequenza di scarica determina la frequenza cardiaca ed è influenzata dal sistema nervoso autonomo e da fattori metabolici e neurormonali.
- **Tratti internodali (2)** (fascio anteriore di Bachmann, posteriore di Thorel e medio di Wenkebach): vie preferenziali percorse dall'onda di depolarizzazione per attivare e coordinare la contrazione atriale destra e sinistra e trasportare l'impulso alla giunzione atrio-ventricolare (AV).
- Sistema di conduzione atrio-ventricolare costituito dal nodo AV,

dal fascio di His, dalle branche destra e sinistra e dalla rete del Purkinje: determina la connessione elettrica atriale-ventricolare e la sincronizzazione della sistole ventricolare; inoltre, in caso di tachiaritmie atriali (per esempio, fibrillazione atriale o flutter atriale) funge da filtro di protezione elettrica per i ventricoli³.



Figura 1: il sistema che regola il battito cardiaco

L'elettrocardiogramma e il sistema delle derivazioni

L'ECG rappresenta l'attività elettrica cardiaca rilevata per mezzo di elettrodi posizionati sulla superficie corporea, che registrano le variazioni istantanee dei potenziali generati dal cuore. Il segnale registrato è determinato dai potenziali d'azione generati da ciascun miocardocita -l'elemento morfologico caratteristico del miocardio- dalla loro sequenza di attivazione e dalla trasmissione alla superficie corporea. Ciò è possibile in quanto le cellule cardiache, che in condizioni di riposo sono polarizzate (membrana esterna positiva e interno negativo), generano durante l'attivazione l'inversione di polarità della membrana. Tra una cellula attivata e una cellula a riposo si determina, quindi, una differenza di potenziale che genera un **flusso di corrente** che, a sua volta, innesca l'attivazione della cellula a riposo. Si determina pertanto un effetto a catena, che determina la propagazione del fronte d'onda. Successivamente si osserva la fase di ripolarizzazione, che rappresenta il ritorno delle cellule al potenziale di riposo.

La sommatoria dei potenziali generati dal cuore e trasmessi alla superficie corporea viene registrata da una serie di elettrodi situati sul torace a formare vari tipi di derivazioni e collegate tra loro da un galvanometro. Vi sono due tipi di derivazioni: **derivazioni unipolari** e **derivazioni bipolari**. Una derivazione bipolare consta di due elettrodi situati in due punti diversi; essa registra la differenza di potenziale (ovvero la quantità di corrente elettrica transitante) presente tra i due punti. Le derivazioni unipolari registrano, invece, il potenziale elettrico in un punto; per fare questo si confronta il potenziale di tale elettrodo (definito esplorante), con il potenziale dell'elettrodo di riferimento (terminale centrale di Wilson, cioè un punto in cui, per convenzione, il

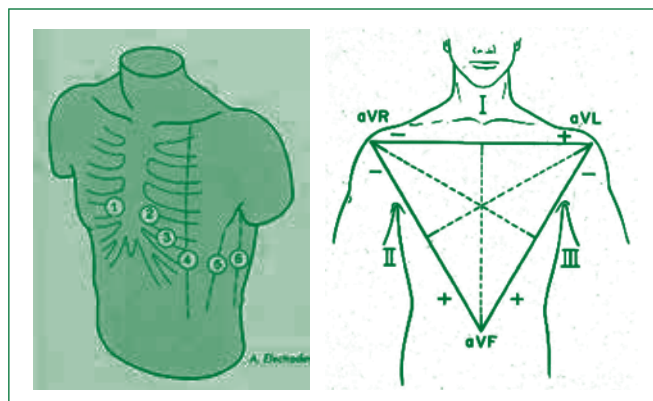


Figura 2: Rappresentazione delle derivazioni standard dell'ECG: derivazioni precordiali (sinistra) e derivazioni periferiche (destra)

potenziale è considerato zero).

L'ECG nella pratica clinica utilizza 12 derivazioni (vedi **Figura 2**). Tre sono le derivazioni bipolari degli arti (derivazioni I, II e III), tre derivazioni unipolari degli arti amplificate (aVR, aVL e aVF) e sei derivazioni unipolari toraciche (derivazioni da V1 a V6). Le derivazioni I, II, III, aVR, aVL e aVF costituiscono le derivazioni periferiche, le derivazioni da V1 a V6 rappresentano, invece, le derivazioni precordiali.

Elettrocardiogramma normale

Presenta un'ampia variabilità in rapporto a molti fattori cardiaci ed extracardiaci, quali per esempio: la diversa disposizione anatomica e la conformazione del cuore, la struttura toracica (ad es., *pectus excavatum*, torace a botte), la conducibilità elettrica del corpo (ad es., entità di tessuto adiposo, enfisema polmonare, mastectomia), l'età e il genere del soggetto. Il tracciato elettrocardiografico è generalmente registrato su carta millimetrata a una velocità costante (25mm/sec) e sull'asse delle ordinate la deflessione di 1 mm corrisponde a 0,1 mV (vedi **Figura 3**).

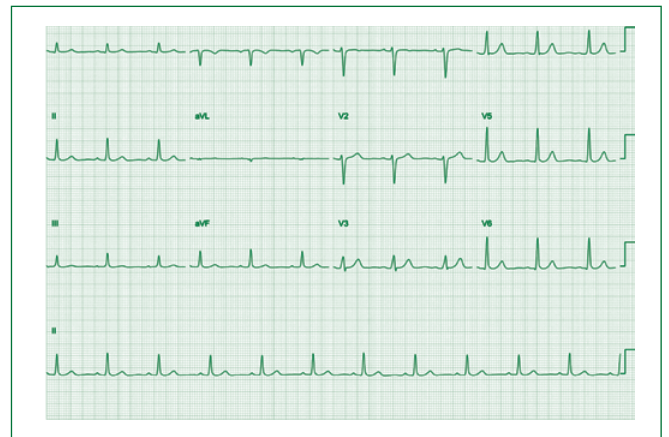


Figura 3: Esempio di elettrocardiogramma normale su carta millimetrata

Il ritmo normale è il ritmo sinusale, con frequenza compresa tra 60 e 100 battiti al minuto, che si genera dal nodo del seno; il fronte d'onda si propaga lungo il sistema di conduzione fino ad attivare il miocardio ventricolare. In rapporto con le varie fasi di attivazione, ripolarizzazione e riposo si possono distinguere onde e intervalli sull'ECG (vedi **Figura 4**).

- **Onda P:** la prima onda registrata al tracciato, è generata dalla attivazione degli atri.
- **Tratto PR:** rappresenta la durata della conduzione atrio-ventricolare e comprende l'attivazione nodo AV, fascio di His, branche destra e sinistra e dalla rete del Purkinje.
- **Complesso QRS:** corrisponde all'attivazione elettrica di entrambi i ventricoli (sistole elettrica ventricolare).
- **Segmento ST:** corrisponde alla fase iniziale della ripolarizzazione ventricolare, solitamente vicino alla linea isoelettrica; significativi slivellamenti verso il basso o l'alto (sotto-ST o sopra-ST) sono correlati a quadri patologici (per esempio, ischemia miocardica, pericardite).
- **Onda T:** rappresenta la fase finale della ripolarizzazione ventricolare; è un'onda più lenta del QRS e asimmetrica.
- **Intervallo QT:** misurato dall'inizio del QRS alla fine dell'onda T

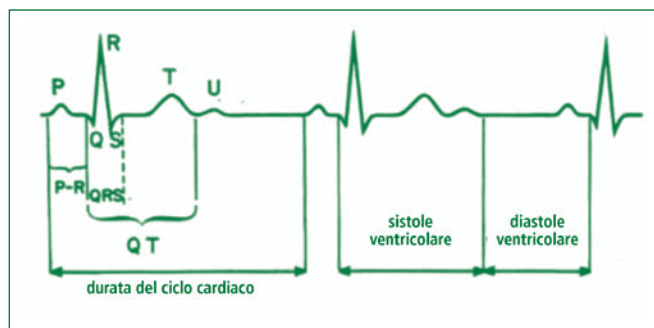


Figura 4: Rappresentazione schematica onde e intervalli dell'ECG

rappresenta la durata del ciclo depolarizzazione/ripolarizzazione ventricolare. La sua durata dipende dalla frequenza cardiaca, per cui quando si misura l'intervallo QT bisogna normalizzarlo per la frequenza cardiaca ovvero calcolare il QT corretto (QTc). La formula più comunemente utilizzata è quella di Bazett: $QTc = QT / \sqrt{\text{intervallo R-R}}$

- **Onda U:** non sempre presente, segue l'onda T, si riferisce ancora alla fase di ripolarizzazione, è di bassa ampiezza e più facilmente rilevabile nelle derivazioni precordiali.

Nella **Tabella 1** sono riportati i valori normali dei diversi intervalli e forme d'onda dell'ECG.

Tabella 1 Valori di normalità dei diversi intervalli e forme d'onda dell'ECG	
Onda/intervallo	Durata/ampiezza
Durata onda P	< 120 msec
Ampiezza onda P	< 250 µV
Intervallo PR	120-200 msec
Durata del QRS	<110 msec
Ampiezza del QRS	Variabile in base alla derivazione
Intervallo QT (corretto)	≤ 440-460 msec

Indicazioni all'utilizzo dell'ECG

L'ECG è uno dei test più eseguiti in medicina e costituisce l'esame di prima scelta nella valutazione di pazienti che presentano sintomi di sospetta origine cardiaca, come dolore toracico, cardiopalmo, dispnea, sincope o lipotimia. Secondo le Linee guida dell'American College of Cardiology e dell'American Heart Association (ACC/AHA)⁴, l'esecuzione dell'ECG risulta unanimemente condivisa e utile (indicazione di **classe I**) nei seguenti soggetti:

- pazienti con malattia o disfunzione cardiovascolare nota: nella valutazione iniziale, durante il follow-up, in caso di comparsa di sintomi o in stabilizzazione clinica, nella valutazione della risposta a farmaci che possono determinare modifiche dell'ECG correlate a effetti collaterali;
- pazienti con malattia cardiovascolare sospetta o a elevato rischio di sviluppo: valutazione iniziale, follow-up con ripetizione dell'ECG a intervalli compresi tra 1-5 anni, in caso di cambiamento delle condizioni cliniche o di dati di laboratorio che suggeriscano sviluppo di disfunzione cardiaca, in corso di

valutazione pre-operatoria, in pazienti che possono aver fatto uso di cocaina, amfetamine o altre sostanze illecite con effetti cardiovascolari, pazienti che possono aver assunto una dose eccessiva di farmaci con possibili effetti cardiaci, valutazione della risposta a terapie cardioattive, valutazione dopo somministrazione di terapie che possono generare alterazioni cardiache o modificazioni dell'ECG (per esempio, farmaci antineoplastici, litio, farmaci antidepressivi);

- pazienti senza cardiopatia nota o sospetta: in corso di una valutazione medica di base in persone di età > 40 anni, in pazienti che debbano assumere farmaci a elevata probabilità di effetti tossici cardiaci (per esempio, i farmaci chemioterapici), in soggetti con occupazioni lavorative che richiedono carichi fisici intensi con prestazioni cardiovascolari impegnative, in categorie lavorative le cui prestazioni possono mettere a rischio la sicurezza altrui (per esempio, piloti, autisti di autobus), nella valutazione preoperatoria di soggetti > 40 anni.

È, invece, controverso il ruolo dell'ECG nella valutazione degli atleti che svolgono attività agonistica: secondo le Linee guida americane, l'esecuzione dell'ECG negli atleti risulta in classe II (indicazione controversa), mentre in Italia e in altri Paesi europei si ritiene che l'abilitazione alla pratica sportiva agonistica non possa prescindere dallo screening elettrocardiografico⁵⁻⁷. Inoltre, in Italia è stato recentemente introdotto, secondo il decreto del ministero della Salute (8 agosto 2014), l'obbligo di eseguire almeno uno screening elettrocardiografico nella vita per il rilascio del certificato alla pratica sportiva non agonistica⁸.

⇨ Holter - ECG

Introduzione

Nel 1949 il fisico statunitense Norman J. Holter dimostrò la possibilità di trasmettere l'ECG mediante frequenze radio. Negli anni successivi questa tecnica venne sviluppata da Holter e collaboratori fino all'introduzione di una unità portatile di registrazione su nastro magnetico dei segnali elettrocardiografici. Attraverso ulteriori sviluppi tecnologici, attualmente è possibile registrare in continuo per lunghi periodi (24-48 ore) i segnali elettrocardiografici in forma digitale ad alta frequenza di campionamento su registratori con memoria a stato solido. Al termine del periodo di registrazione, solitamente 24 ore, i dati registrati vengono scaricati su computer, analizzati automaticamente con uno specifico software e successivamente revisionati e valutati da un cardiologo, che compila un referto finale.

Per la registrazione elettrocardiografica si applicano al torace del paziente 5 o 7 **elettrodi** (vedi **Figura 5**), che costituiscono 2-3 derivazioni bipolari; da ciascuna derivazione il segnale elettrocardiografico viene inviato al registratore portatile, convertito in forma digitale e registrato nella scheda di memoria. In casi particolari possono essere registrate le 12 derivazioni elettrocardiografiche standard, applicando 6 elettrodi precordiali nelle posizioni V1-V6 (vedi **Figura 2**).

La registrazione Holter-24 ore costituisce inizialmente un test clinico molto importante per la diagnosi di tachiaritmie e bradiaritmie e, in seguito, anche per rivelare alterazioni della ripolarizzazione ventricolare (tratto ST-T) di possibile significato ischemico e, ancor più recentemente, per la valutazione dell'attività del sistema nervoso autonomo (per esempio, variabilità R-R e Q-T). Attualmente, l'Holter



Figura 5: Posizionamento di un Holter-ECG a 5 elettrodi toracici

è una metodica ampiamente usata nella pratica clinica cardiologica. Le indicazioni principali all'impiego dell'Holter, in accordo con le linee guida internazionali, sono riassunte in **Tabella 2**.

Tabella 2 Uso clinico dell'Holter-ECG
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi e valutazione di sintomi di possibile origine cardiaca • Valutazione prognostica e stratificazione del rischio cardio-vascolare • Valutazione di interventi terapeutici

Valutazione dei sintomi di possibile origine cardiaca

L'Holter è la metodica più ampiamente usata per valutare sintomi che suggeriscono l'esistenza di **disturbi del ritmo cardiaco**, come palpitazioni, vertigini, senso di mancamento, lipotimie. La registrazione ECG nel preciso momento della presenza dei sintomi rappresenta un'informazione essenziale per correlare i sintomi alle aritmie registrate. Si possono configurare diverse possibilità:

- i sintomi accusati possono coincidere con la registrazione delle aritmie cardiache;
- i sintomi possono comparire anche in assenza di disturbi del ritmo;
- il paziente può rimanere asintomatico durante le aritmie documentate all'Holter;
- si può non avere sintomi, né aritmie (test negativo).

L'Holter è, inoltre, molto utile per diagnosticare il tipo di aritmia (atriale, ventricolare, ecc.) di cui soffre il paziente e per identificare il probabile meccanismo elettrogenetico dell'aritmia registrata, soprattutto nelle aritmie sopraventricolari. Nell'ambito delle bradiaritmie, l'Holter è molto importante per identificare il tipo di blocco atrio-ventricolare (1°, 2°, 3° grado) e l'entità di eventuali pause patologiche (assenza di battiti per 3 secondi o più); questi dati sono fondamentali per porre indicazione all'impianto di un pace-maker.

Per quanto riguarda la cardiopatia ischemica, l'Holter è l'unica metodica che permette di svelare la presenza di episodi di ischemia

miocardica con o senza sintomi durante la vita quotidiana del paziente. Tuttavia, alterazioni di significato ischemico in registrazioni Holter sono presenti soltanto in una percentuale del 40-60% di pazienti con malattia coronarica e test da sforzo positivo. Per questo motivo, e per l'alta variabilità da giorno a giorno degli episodi ischemici, l'Holter non può essere usato come test di screening per svelare la presenza e la severità di una malattia coronarica. Perciò l'Holter non è generalmente indicato per la valutazione di sintomi suggestivi di ischemia miocardica, tranne che in pazienti con sospetta angina vasospastica a riposo, in cui il test da sforzo è molto spesso negativo, e in pazienti con coronaropatia nota, ma con dolori toracici atipici per angina.

Valutazione prognostica e stratificazione del rischio cardiovascolare

L'Holter viene largamente usato per identificare pazienti, con o senza sintomi, a rischio di **aritmie**. Come è noto, i pazienti che hanno subito un infarto miocardico hanno un rischio aumentato di aritmie maligne e morte improvvisa, per cui l'Holter è generalmente eseguito prima della dimissione ospedaliera e nel follow-up. Numerosi studi condotti sia prima¹⁰, sia dopo l'introduzione della terapia trombolitica in fase acuta dell'infarto miocardico¹¹, e anche dopo l'avvento dell'angioplastica coronarica (PTCA) primaria hanno dimostrato che la presenza di aritmie ventricolari severe (battiti ectopici ventricolari frequenti, polimorfi, ripetitivi, precoci, o runs di tachicardia ventricolare) è associata a una più elevata mortalità nei pazienti sopravvissuti dopo infarto miocardico.

L'Holter viene anche frequentemente usato per svelare la presenza di aritmie nei pazienti con vari altri tipi di cardiopatia, in particolare cardiopatia dilatativa ischemica o non-ischemica, cardiomiopatia ipertrofica, cardiopatia ipertensiva.

In tutti questi pazienti, le registrazioni Holter forniscono, oltre alla documentazione di aritmie, altri elementi utili alla **stratificazione del rischio**. È possibile infatti eseguire, mediante software specifici, l'analisi della "variabilità della frequenza cardiaca" (variabilità R-R)¹² e della "turbolenza della frequenza cardiaca" (fluttuazioni della frequenza cardiaca dopo un battito ventricolare prematuro)¹³. Più usata in campo clinico è l'analisi della variabilità R-R, che riflette l'attività del sistema nervoso simpatico e vagale sul cuore. Infatti, numerosi studi, alcuni iniziati già negli anni 1970, hanno dimostrato che una diminuzione della variabilità R-R, valutata con diversi parametri (analisi spettrale e temporale), è un indice prognostico negativo, indipendente dalla presenza di aritmie e dal grado di disfunzione ventricolare¹⁴. L'analisi della turbolenza della frequenza cardiaca, così come altre analisi basate sulla dinamica della ripolarizzazione ventricolare (variabilità dell'intervallo QT, variazioni dell'onda T e altre), pur avendo dimostrato un buon valore prognostico in diversi trial clinici sono molto poco usate nella pratica clinica.

Valutazione della terapia

L'Holter è stato ampiamente impiegato per valutare gli effetti positivi, ma anche pro-aritmici, dei farmaci antiaritmici. Tuttavia, l'utilità dell'Holter in questo campo è influenzata da alcune **limitazioni**, di cui le più importanti sono:

- la notevole variabilità da giorno a giorno della frequenza e del tipo di aritmie presentata da molti pazienti;
- la mancanza, dimostrata da diversi studi clinici, di una corre-

lazione fra soppressione delle aritmie dovuta alla terapia e la successiva prognosi del paziente.

L'Holter è invece molto utile per documentare, durante un'usuale attività quotidiana, un adeguato controllo della frequenza cardiaca ventricolare in pazienti con fibrillazione atriale permanente, che seguono una terapia *rate control*, che ha appunto lo scopo di mantenere la frequenza cardiaca entro limiti normali. In pazienti portatori di pace maker/defibrillatore cardiaco impiantabile, la registrazione Holter non è generalmente necessaria nel follow-up dei pazienti, in quanto gli attuali apparecchi impiantati hanno già una loro funzione Holter, per cui in occasione dei periodici controlli si riesce a sapere con "l'interrogazione" dell'apparecchio se ci sono stati episodi aritmici. In questo tipo di pazienti la registrazione Holter tradizionale è indicata solamente in casi particolari, per esempio in casi di sospetto malfunzionamento dei dispositivi.

➔ Monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa

L'ipertensione arteriosa

È noto che la prevalenza nella popolazione generale dell'**ipertensione arteriosa (IA)** è elevata; nei vari Paesi europei e in Italia è intorno al 30-45%¹⁵, con netto incremento all'aumentare dell'età. Nella popolazione generale i valori di pressione arteriosa sistolica (PAS) e diastolica (PAD) presentano una distribuzione unimodale. Inoltre, studi epidemiologici hanno mostrato una relazione continua fra valori di PA e rischio di eventi cardiovascolari e renali. Pertanto, è difficile stabilire un cut-off fra valori pressori normali e patologici. La definizione e la classificazione di ipertensione arteriosa, raccomandate dalle società scientifiche (*European Society of Hypertension/European Society of Cardiology*)¹⁶, sono riportate nella **Tabella 3**. L'IA è definita da valori di PAS ≥ 140 mmHg e/o ≥ 90 mmHg di PAD, in base all'evidenza -fornita da studi clinici randomizzati- che in pazienti con questi valori pressori un trattamento capace di ridurli è benefico. Valori differenti, basati su percentili, sono adottati nei bambini e negli adolescenti, per i quali non sono disponibili dati forniti dai trial clinici di intervento¹⁷.

I valori di PA sopra indicati si riferiscono a misurazioni della PA ottenute con sfigmomanometro generalmente in un ambulatorio medico, e forniscono soltanto una misura momentanea in circostanze particolari, che possono quindi influenzare il livello della PA. Per supera-

Tabella 3 Definizioni e classificazione dei livelli di PA (mmHg) misurata in ambulatorio		
Categoria	Sistolica	Diastolica
Ottimale	< 120	< 80
Normale	120-129	80-84
Normale alta	130-139	85-89
Ipertensione di grado 1	140-159	90-99
Ipertensione di grado 2	160-179	100-109
Ipertensione di grado 3	≥ 180	≥ 110
Ipertensione sistolica isolata	≥ 140	< 90

re questo limite è stato proposto di ottenere misurazioni multiple a domicilio (da parte del paziente o di un familiare) o nell'arco delle 24 ore mediante apparecchiature automatiche (MAP: monitoraggio ambulatoriale della PA)¹⁸.

Metodologia del MAP

A un braccio (arto non-dominante) del paziente viene applicato un bracciale gonfiabile per la misurazione oscillometrica della PA. Il bracciale, di misura variabile a seconda delle dimensioni del braccio, è collegato con un tubicino a un apparecchio portatile di piccole dimensioni, che insuffla aria ai tempi programmati e che misura e registra nella memoria i valori di PA e della frequenza cardiaca in corrispondenza della misurazione della PA. Prima dell'applicazione al singolo paziente, l'apparecchio di monitoraggio viene programmato, collegandolo a un computer: in particolare, vengono inseriti i dati identificativi del paziente, le presunte ore di sonno notturno, gli intervalli di misurazione della PA nel periodo di veglia e di sonno. Gli intervalli raccomandati sono: 15-20 min durante il periodo di veglia e 30-60 min durante il sonno notturno. Quando, il giorno seguente, il paziente riporta l'apparecchio, questo viene di nuovo collegato al computer per caricare tutti i dati registrati, che vengono analizzati automaticamente da un apposito software e presentati in vari modi. Successivamente, l'operatore medico visualizza tutti i dati, effettua eventuali correzioni ed edita un referto finale, tenendo anche in considerazione il diario del paziente relativo al periodo di monitoraggio.

Valori di PA durante il MAP

I livelli normali di PA per il MAP sono stati oggetto di un ampio dibattito¹⁹⁻²² e costituiscono un problema più complesso che per le misurazioni convenzionali, dovendo tenere in considerazione le pressioni durante le ore diurne e notturne. In base ai dati ottenuti in diversi studi epidemiologici di confronto fra popolazioni di normotesi e ipertesi, in base ai valori di misurazioni cliniche convenzionali, si è arrivati a un consensus fra gli esperti delle società scientifiche, che definisce i **valori soglia** per la diagnosi di ipertensione in base al MAP¹⁸; la **Tabella 4** presenta questi valori.

Tabella 4 Valori soglia per la diagnosi di ipertensione in base al MAP	
Valori medi nelle 24 ore	$\geq 130/80$ mmHg
Valori medi veglia (periodo diurno)	$\geq 135/85$ mmHg
Valori medi sonno (periodo notturno)	$\geq 120/70$ mmHg

Per quanto riguarda l'andamento della PA durante il sonno, si possono osservare diversi comportamenti. In condizioni fisiologiche, durante il sonno notturno si ha un mediamente un calo della PA rispetto al periodo di veglia (comportamento *dipping*). In alcuni pazienti il calo notturno della PA è assente (comportamento *non-dipping*); in altri pazienti la PA durante il sonno notturno può addirittura aumentare rispetto ai valori medi del periodo diurno (comportamento *reverse dipping* o *rising*). Generalmente si definisce un comportamento *dipping* quando la PA notturna cala di $>10\%$ rispetto ai valori diurni;

non-dipping quando la PA notturna cala meno del 10% o non cala; *rising* quando aumenta rispetto ai valori medi del periodo di veglia. Un altro momento particolare che deve essere preso in considerazione è quello relativo al periodo immediatamente posteriore al risveglio (*morning surge*), in quanto è stato osservato che un netto aumento della PA in questo periodo ha un significato prognostico negativo²³.

Vantaggi del MAP

I vantaggi del MAP rispetto alla misurazione della PA nell'ambulatorio medico sono stati affermati in diverse pubblicazioni^{16,18,24} e sono riassunti nella **Tabella 5**.

Tabella 5 Vantaggi del MAP rispetto alla misurazione della PA nell'ambulatorio medico
<ul style="list-style-type: none"> • Fornisce un maggior numero di misurazioni della PA • Fornisce un profilo della PA nell'ambiente usuale di vita del paziente, diverso da quello particolare di un ambulatorio medico • Può permettere di documentare un'ipertensione "da camice bianco" e/o una ipertensione "mascherata" • Può evidenziare un'ipertensione notturna • Fornisce una valutazione della variabilità pressoria nelle 24 ore • Valuta l'efficacia nelle 24 ore della terapia ipotensiva in corso • Costituisce un predittore della morbilità e mortalità più forte rispetto alla misurazione della PA in ambulatorio medico

Anzitutto il MAP fornisce un numero elevato di misurazioni della PA, che meglio riflette -rispetto a misurazioni occasionali- l'usuale andamento della PA. Infatti il MAP dà un profilo dei valori di PA nell'ambiente di vita quotidiana del paziente, diverso da quello particolare di un ambulatorio medico, fornendo quindi elementi per una eventuale diagnosi di ipertensione "da camice bianco", qualora il paziente avesse presentato valori elevati di PA nello studio medico, oppure di ipertensione "mascherata" (valori normali o borderline di PA in misurazioni cliniche, ma elevati in alcune ore della giornata durante MAP). Questi risultati hanno ovviamente importanza per decidere un eventuale trattamento dell'ipertensione. Il MAP può evidenziare dei pattern di andamento della PA nelle 24 ore che non potrebbero essere rilevanti nella pratica clinica, per esempio l'ipertensione notturna, un'ampia variabilità della PA, periodi di ipotensione arteriosa (eventualmente correlati a sintomi come lipotimie). Mediante il MAP è possibile una valutazione dell'efficacia della terapia medica basata sull'evidenza dell'effettivo controllo della PA sia di giorno sia di notte, dati che ovviamente non possono essere forniti da misurazioni occasionali della PA. Inoltre, è stato dimostrato che il MAP ha un valore predittivo di morbilità e mortalità cardiovascolare maggiore rispetto alle misurazioni convenzionali della PA. In particolare, è stato osservato che l'andamento notturno della PA, evidenziato dal MAP, è un importante predittore di rischio cardiovascolare. Pertanto, il MAP fornisce non soltanto elementi importanti per la diagnosi e il trattamento dell'ipertensione arteriosa, ma anche per la sua prognosi.

Indicazioni cliniche per il MAP

In base alle informazioni aggiuntive che si possono ottenere dal MAP rispetto alle misurazioni occasionali, le più recenti linee guida delle società scientifiche raccomandano un ampio impiego del MAP nella pratica clinica in soggetti ipertesi o con sospetta ipertensione. Le indicazioni principali all'esecuzione di un MAP sono riassunte nella **Tabella 6**.

Tabella 6 Indicazioni all'esecuzione del MAP
<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione di ipertensione "da camice bianco" in pazienti trattati o non-trattati • Identificazione di ipertensione "mascherata" <ul style="list-style-type: none"> » ipertensione mascherata in pazienti non-trattati » ipertensione mascherata non-controllata in pazienti trattati • Identificazione di pattern abnormi della PA-24 ore <ul style="list-style-type: none"> » ipertensione diurna (eventuale ipotensione post-prandiale) » ipertensione notturna » ipertensione mattutina (<i>morning surge</i>) » ampia variabilità della PA • Identificazione di ipotensione arteriosa (in pazienti sintomatici/asintomatici) • Valutazione della terapia ipotensiva • Valutazione dell'ipertensione in categorie particolari di pazienti (anziani, bambini/adolescenti, donne in gravidanza, pazienti con morbo di Parkinson, pazienti ad alto rischio cardiovascolare)

In seguito alle forti raccomandazioni a un più vasto uso del MAP nella pratica clinica^{16,18}, sorge attualmente il problema per le autorità sanitarie dei vari Paesi di fornire ai cittadini la possibilità di accedere a tale esame strumentale, aumentando i "provider". A tale scopo, in alcuni Paesi europei sono state coinvolte anche le farmacie nell'esecuzione dei MAP, in collaborazione con medici di base e specialisti dell'ipertensione²⁵⁻²⁷.

ESPERIENZA IN FARMACIA

L'ECG in farmacia

Racconto inviato da: Riccardo Lembo, farmacista, TP

Nella nostra farmacia eseguiamo oltre 200 diversi esami clinici all'anno. In ambito cardiologico eseguiamo gli ECG in telemedicina (circa 10 all'anno), con refertazione entro 10 minuti dall'effettuazione dell'esame.

Nella storia della farmacia, tre assistiti hanno avuto una diagnosi di infarto in atto, diagnosi precoce che ha consentito di limitare l'evento ischemico e di conseguenza migliorare notevolmente la prognosi dei pazienti. Il riscontro emotivo della clientela, come facilmente immaginabile, è stato alto...



Confrontati su questa esperienza sulla pagina Facebook di **ObiettivoFarmacista**

➔ Conclusioni

A titolo di conclusione riportiamo un caso reale (vedi box **Esperienza in farmacia** in questa pagina) che mostra come la farmacia possa

avere un suo ruolo nell'esecuzione di questi esami, sia per quanto riguarda la possibilità di aver accesso agli stessi senza lunghi tempi di attesa, sia nella refertazione rapida, come consentito dai servizi di telemedicina (vedi **Modulo 4**).

Come ottenere 36 Crediti Ecm

- La lettura di questo modulo didattico 3 permette di verificare e approfondire le proprie conoscenze in tema di "Utilità dell'Elettrocardiogramma, dell'Holter-ECG e del monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa nella pratica clinica".
- I farmacisti che desiderassero ottenere i 36 Crediti Ecm previsti dall'intero corso FAD possono formalizzare il rapporto con il Provider Sanitanova, accedendo alla piattaforma **www.farma7fad.it**, pagando la quota d'iscrizione (100 €, oppure 200 € per 3 acquisti, 265 € per 4 acquisti e 330 € per 5 acquisti - Iva inclusa) e compilando il questionario pubblicato alla fine di ogni modulo didattico.
- Il corso può essere completato alla pubblicazione del singolo modulo, oppure in un'unica sessione, ma tassativamente entro il 31 dicembre 2015.

Bibliografia

1. Einthoven W, Fahr G, De Waart A. Über die Richtung und die manifeste Grosse der Potential-Schwankungen im menschlichen Herzen und über den Einfluss der Herzlage auf die Form des Elektrokardiogramms. *Arch Gesamte Physiol (Pflüger's)* 150:275,1913.
2. De PR et al. Electroanatomic analysis of sinus impulse propagation in normal human atria. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2002 Jan;13(1):1-10.
3. Mazgalev TN, Tchou PJ (EDS). Atrial-AV Nodal electrophysiology: a view from the millenium. Armonk, NY, Futura, 2000.
4. Guidelines for electrocardiography. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Assessment of Diagnostic and Therapeutic Cardiovascular Procedures (Committee on Electrocardiography). *J Am Coll Cardiol* 19: 473-481,1992.
5. Maron BJ et al. Assessment of the 12-lead electrocardiogram as a screening test for detection of cardiovascular disease in healthy general populations of young people (12-25 years of age): a scientific statement from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(14):1479-514.
6. Corrado D, Migliore F, Zorzi A et al. Preparticipation electrocardiographic screening for the prevention of sudden death in sports medicine. *G Ital Cardiol*. 2011;12:697-706.
7. Biffi A, Delise P, Zeppilli P et al. Italian Society of Sports Cardiology and Italian Sports Medicine Federation. Italian cardiological guidelines for sports eligibility in athletes with heart disease: part 1. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2013 Jul;14(7):477-99.
8. Ministero della Salute. Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica. Decreto dell'8 agosto 2014.
9. American College of Cardiology/American Heart Association. Guidelines for ambulatory electrocardiography: Executive summary and recommendations. *Circulation* 100: 886-893, 1999.
10. Bigger JT, Fleiss JL, Kleiger RE et al. The relationship among ventricular arrhythmias, left ventricular dysfunction and mortality in the 2 years after myocardial infarction. *Circulation*. 69: 250-58, 1984.
11. Maggioni AP, Zuanetti G, Franzosi MG et al. Prevalence and prognostic significance of ventricular arrhythmias after acute myocardial infarction in the fibrinolytic era: GISSI-2 results. *Circulation*. 87: 312-322, 1993.
12. The Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. Heart Rate Variability: standard of measurement, physiological interpretation, and clinical use. *Circulation* 93: 1043-65, 1996.
13. Schmidt G, Malik M, Schneider R et al. Heart rate turbulence after ventricular premature beats as a predictor of mortality after acute myocardial infarction. *Lancet*. 353: 1390-96, 1999.
14. La Rovere MT, Bigger JT Jr, Marcus FI et al. Baroreflex sensitivity and heart-rate variability in prediction of total cardiac mortality after myocardial infarction. ATRAMI (Autonomic Tone and Reflex After Myocardial Infarction). *Lancet*. 351: 478-84, 1998.
15. Pereira M, Lunet N, Azevedo A et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009 May;27(5):963-75.
16. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013 Jul;34(28):2159-219.
17. Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank JK et al. Management of high blood pressure in children and adolescents recommendations of the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2009 Sep;27(9):1719-42.
18. O'Brien E, Parati G, Stergiou G et al. European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring. *J Hypertens*. 2013 Sep;31(9):1731-68.
19. O'Brien E, Coats A, Owens P et al. Use and interpretation of ambulatory blood pressure monitoring: recommendations of the British hypertension society. *BMJ*. 2000 Apr 22;320(7242):1128-34.
20. Verdecchia P. Reference values for ambulatory blood pressure and self-measured blood pressure based on prospective outcome data. *Blood Press Monit*. 2001 Dec;6(6):323-7.
21. Parati G, Bilo G, Mancia G. Blood pressure measurement in research and clinical practice: recent evidence. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2004 May;13(3):343-57.
22. Kikuya M, Hansen TW, Thijs L et al. Diagnostic thresholds for ambulatory blood pressure monitoring based on 10-year cardiovascular risk. *Circulation*. 2007 Apr 24;115(16):2145-52.
23. Metoki H, Ohkubo T, Kikuya M et al. Prognostic significance for stroke of a morning pressor surge and a nocturnal blood pressure decline: the Ohasama study. *Hypertension*. 2006 Feb;47(2):149-54.
24. O'Brien E. 24-h ambulatory blood pressure measurement in clinical practice and research: a critical review of a technique in need of implementation. *J Intern Med*. 2011 May;269(5):478-95.
25. Green BB, Cook AJ, Ralston JD et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, web communication, and pharmacist care on hypertension control. A randomized controlled trial. *JAMA*. 2008 Jun 25;299(24):2857-67.
26. Tobari H, Arimoto T, Shimomoji N et al. Physician-pharmacist cooperation program for blood pressure control in patients with hypertension: a randomized-controlled trial. *Am J Hypertens*. 2010 Oct;23(10):1144-52.
27. O'Brien E. ABPM saves not only money but also lives. *Ir Med Times*. 2011;52:10-14.

Questionario ECM

1 Quale di queste strutture non fa parte del sistema di conduzione cardiaco?

- a. fascio di Bachmann
- b. rete del Purkinje
- c. valvola atrio-ventricolare
- d. fascio di His

2 L'ECG rappresenta l'attività elettrica cardiaca registrata tramite elettrodi posizionati sulla superficie corporea. Quante sono le derivazioni che si usano per la registrazione standard dell'ECG?

- a. 10 derivazioni tra precordiali e periferiche
- b. 6 derivazioni periferiche e 6 derivazioni precordiali
- c. 6 derivazioni bipolari e 6 derivazioni unipolari
- d. nessuna delle risposte indicate

3 Quale delle seguenti affermazioni sulle onde e gli intervalli ECG è falsa?

- a. il QRS è determinato principalmente dalla depolarizzazione del ventricolo sinistro
- b. il soprasslivellamento e il sottoslivellamento del tratto ST possono essere indicativi di ischemia miocardica acuta
- c. allungamenti patologici della durata dell'intervallo QT possono essere dovuti all'assunzione di farmaci
- d. l'onda P è determinata principalmente dalla depolarizzazione dell'atrio destro

4 In quali delle seguenti categorie NON è indicata l'esecuzione dell'ECG?

- a. soggetti che praticano attività sportiva
- b. soggetti che lamentano dispnea da sforzo
- c. soggetti sani di qualunque età in corso di valutazione medica
- d. specifiche categorie lavorative come piloti, guidatori di autobus o vigili del fuoco

5 Quale dei seguenti reperti può essere ricavato da una registrazione Holter ECG?

- a. sottoslivellamenti del tratto ST significativi per ischemia miocardica
- b. indici di attività del sistema nervoso simpatico e vagale sul cuore
- c. modalità di innesco delle tachicardie parossistiche sopraventrico-

lari

- d. tutte le risposte indicate

6 In quale delle seguenti categorie NON è indicata l'esecuzione della registrazione Holter ECG?

- a. pazienti portatori di defibrillatori impiantabili (ICD) normofunzionanti per valutare la presenza di aritmie
- b. soggetti che hanno sintomi intercorrenti quali cardiopalmo o lipotimie
- c. pazienti noti per cardiopatia ischemica per valutare la presenza di ischemia silente
- d. pazienti noti per cardiopatia ischemica post-infartuale per la stratificazione del rischio di morte cardiaca improvvisa

7 Quale dei seguenti reperti NON può essere ricavato da un monitoraggio ambulatoriale della PA (MAP)?

- a. valori della frequenza cardiaca in corso di picchi ipertensivi
- b. percentuale di misurazioni con valori pressori superiori alla norma
- c. attività del sistema nervoso simpatico e vagale sul cuore
- d. correlazione sintomi e picchi ipertensivi

8 Quali delle seguenti NON è un'indicazione all'esecuzione di un monitoraggio ambulatoriale della PA (MAP)?

- a. valutazione dell'efficacia della terapia antipertensiva
- b. stratificazione del rischio cardiovascolare in pazienti noti per cardiopatia ischemica post-infartuale
- c. valutazione della pressione arteriosa nelle donne in stato di gravidanza
- d. valutazione in pazienti con valori pressori normali con episodi lipotimici sospetti per ipotensione arteriosa

9 Quale dei seguenti comportamenti della PA nelle 24 ore è da considerarsi normale?

- a. mancata riduzione dei valori medi di PA sistolica e diastolica durante il sonno notturno rispetto al periodo di veglia
- b. marcato aumento della PA al risveglio mattutino
- c. calo del 10% del valore medio della PA sistolica durante il sonno rispetto al periodo di veglia
- d. ampia variabilità dei valori pressori con fasi di ipotensione arteriosa

Domande-Offerte

Redazione

Gli annunci devono pervenire alla redazione su carta intestata della farmacia e/o devono essere completati con nome, cognome, indirizzo e firma leggibile di chi richiede l'inserzione. *L'annuncio verrà pubblicato una sola volta.* I dati personali, trattati mediante strumenti informatici e su supporto cartaceo, saranno conservati presso gli archivi di Editoriale Giornalidea Srl. Il trattamento è finalizzato alla pubblicazione sul settimanale Farma 7 di annunci riguardanti l'acquisto e la vendita di una farmacia, arredi e apparecchiature o la ricerca e offerta di lavoro in farmacia.

Le inserzioni concernenti la ricerca di personale da parte delle farmacie non possono essere pubblicate in forma anonima stante il divieto posto dall'art. 9 del d.lgs. n. 276 del 2003. Le altre inserzioni verranno pubblicate con i dati identificativi della farmacia solo su esplicita richiesta. Gli annunci, con i dati personali, verranno eliminati dagli archivi di Editoriale Giornalidea Srl dopo un mese dalla data di pubblicazione degli stessi. In caso di rifiuto di fornire i dati anagrafici o di richiesta di cancellazione degli stessi, non sarà possibile pubblicare gli annunci. La informiamo, infine, che si potrà esercitare i diritti di accesso, di cui agli articoli 7 e seguenti del Codice, rivolgendosi a Editoriale Giornalidea Srl, Piazza della Repubblica, 19 - 20124 Milano Tel. **02.6888775** - e-mail **a.scotti@gornalidea.it**

Acquisti

- Roma centro (solo all'interno del raccordo anulare) o Firenze centro: referenziata coppia di farmacisti acquisterebbe farmacia di giro medio. Si valutano solo proposte in linea con i nuovi parametri. Preferibilmente esclusi intermediari. Rapida definizione e pagamento in contanti. Per contatti telefonare al 328.3271980; e-mail: **degxxx@excite.it**

Vendite

- Provincia di Torino: vendesi farmacia rurale sussidiata di giro piccolo. Esclusi intermediari e perditempo. Solo se interessati, inviare un'e-mail con recapiti a: **farvend@libero.it**
- Roma centro: vendesi farmacia recentemente trasferitasi in locale con nuovo contratto di locazione e nuovo arredamento. Valutasi, eventualmente, vendita del 50%. Per contatti inviare un'e-mail a: **farmruss@libero.it** oppure telefonare, dopo le 21, al 339.2326842.
- Toscana: in città del litorale, vendesi farmacia urbana di giro

medio. Locali, parte in affitto e parte di proprietà, anch'essi in vendita. Esclusi perditempo. Per contatti, telefonare, in ore serali, al 348.5288747.

- Provincia di Oristano: a 10 km da Bosa, vendesi farmacia rurale di giro piccolo. Richiesta in linea con gli attuali valori di mercato. Per contatti telefonare al 347.0382689.
- Liguria: nell'entroterra Imperiese, a 7 km da Imperia, vendesi farmacia rurale sussidiata di giro piccolo. Esclusi intermediari. Per contatti telefonare al 327.1669740.
- Provincia di Messina: vendesi farmacia rurale sussidiata di giro piccolo-medio. Esclusi intermediari, perditempo e curiosi. Per contatti telefonare allo 090.710885.
- Provincia di Pisa: in zona Valdera, vendesi farmacia rurale sussidiata. Richiesta in linea con gli attuali valori di mercato. Esclusi perditempo. Per contatti telefonare, in ore pasti, al 340.3350181.

Partecipazioni

- Provincia di Roma: nella zona nord-est, a 23 km dal raccordo anulare, vendesi il 70% di quote societarie private di vincitrice di bando per la venticinquennale gestione rinnovabile del servizio farmaceutico comunale. Nel Comune risiedono 7.300 abitanti e sono istituite due sedi farmaceutiche, una privata e l'altra comunale, con fatturato medio-basso con opportunità di sviluppo a breve termine certificato. Per contatti inviare un'e-mail a: **krikkri@hotmail.it**

Lavoro

- Farmacista con esperienza ventennale è disponibile per collaborazione o direzione in tutta Italia. Per contatti telefonare al 340.7409399.

Varie

- Vendesi sistema professionale Callegari Pelle Soft Plus per l'analisi del capello, della pelle e della cellulite. Lo strumento è comprensivo di microcamera, sei sonde per analisi capelli ed è in ottime condizioni. Richiesta euro 2.000 trattabili. Per contatti telefonare allo 0823.831134 oppure inviare un'e-mail a **farm.bernardo@libero.it**
- Causa poco utilizzo, vendesi apparecchio per autoanalisi Callegari CR 4000 e Centrifuga 6000. L'apparecchio ha un anno e mezzo di vita ed è in ottime condizioni, completo di tutti gli accessori per le molteplici autoanalisi. Ottimo prezzo: 50% del valore a nuovo. Per contatti telefonare, dalle 8.30 alle 12.30 e dalle 15.30 alle 19.30, allo 0432.686712 (dottor Luigi Pancino - **info@farmapancino.it**)

«Farma 7» è l'organo ufficiale di stampa della Federfarma (www.federfarma.it - via Emanuele Filiberto, 190 - 00185 Roma - tel. 06/703801). **Direttore editoriale:** Annarosa Racca - **Direttore:** Alfonso Misasi - **Vicedirettore:** Riccardo Berno - **Comitato editoriale:** Roberto Grubissa, Gioacchino Nicolosi, Alfredo Orlandi, Giancarlo Visini - **Redazione Romana:** Silvia Nardelli, Paolo Betto, Silvia Martello, Carmelina Anastasio (tel. 06/70380222 - fax: 06/70476584 - e-mail: **farma7roma@federfarma.it**). Collaborano, inoltre, Andrea Agnello, Riccardo Berno, Paola Bottari, Aurelio Calcaterra, Ettore Colotta, Luigi Coltellacci, Bruno Foresti, Mauro Lanzilotto, Daniela Rotella, Raffaella Russo. «Farma 7» è una pubblicazione di Editoriale Giornalidea Srl. **Direttore responsabile:** Lorenzo Verlatto - **Impaginazione:** Silvia Fazzini - **Redazione e pubblicità:** Editoriale Giornalidea Srl, Piazza della Repubblica, 19 - 20124 Milano - tel. 02/6888775 (r.a.) - fax: 02/6888780 - e-mail: **farma7@gornalidea.it**, **pubblicita@gornalidea.it** - **Stampa:** Grafiche Milani S.p.A., via Marconi, 17/19 - 20090 Segrate (MI) - tel. 02/2131851 - Registrazione Tribunale di Milano N. 358 del 21-6-1986 - Iscritta al Registro degli operatori di comunicazione n. 1223 - Prezzo e 0,52 - Iva compresa. L'iva è assolta dall'Editore a norma del D.L. 2/3/89, n. 69 convertito in Legge n. 154 il 27/4/89 che ha ripristinato l'art. 74, 1° c, lett. c) D.P.R. 633/72 e successive modifiche e integrazioni. © Copyright Editoriale Giornalidea Srl. Ogni riproduzione, anche parziale, delle pagine del giornale deve essere autorizzata dall'Editore, che si riserva ogni azione legale di risarcimento. «Farma 7» è organo di stampa della Federfarma e, come tale, viene inviato a tutti i farmacisti iscritti alla Federazione. Enti, Industrie, Grossisti che desiderano riceverlo devono versare, nell'ambito del servizio «Press service», e 293,00. L'invio della rivista è subordinato per questi abbonati al ricevimento dell'importo attraverso assegno bancario, o versamento in c/c postale n. 27029206 - intestato a «Editoriale Giornalidea Srl, Piazza della Repubblica, 19 - 20124 Milano».

Federfarma non risponde della regolarità, correttezza, qualità delle pubblicità pubblicate.

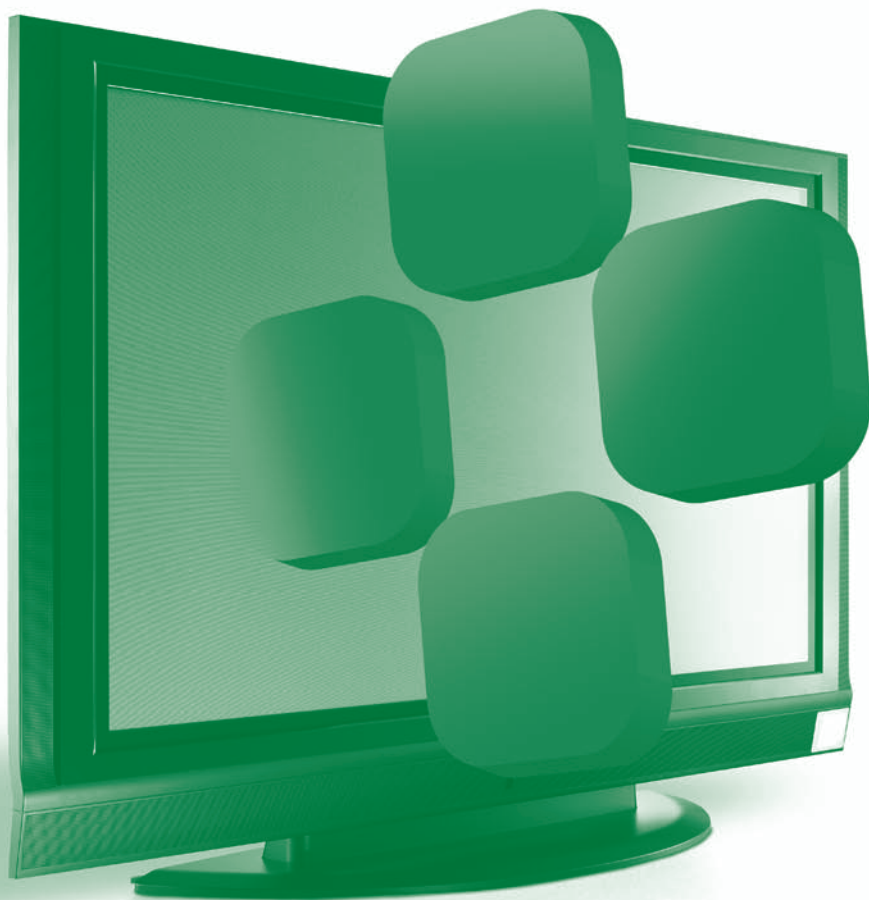
Questo numero è stato chiuso in tipografia il 13.5.2015

I Farmacisti tornano in TV

con i loro prodotti a marchio Profar



e altri importanti
canali nazionali



Da aprile a dicembre

Dopo il successo della campagna 2011, il più grande gruppo di Farmacisti in cooperativa, è di nuovo in TV con i prodotti a marchio PROFAR.

In onda sulle principali emittenti, gli spot da 10" e 15" presentano le principali Linee PROFAR,

i prodotti convenienti e garantiti dai Farmacisti in cooperativa.

Oltre 1,5 milioni di euro di investimento per dare un vantaggio competitivo a tutte le Farmacie che già trattano i prodotti PROFAR.



PROFAR®
PROFESSIONE FARMACIA



www.profar.it

**8 ITALIANI SU 10
DICHIARANO
DI SOFFRIRE DI
RITENZIONE
IDRICA**



**LE GRANDI VIRTÙ
DRENANTI
DELL'ANANAS
AD UN PICCOLO
PREZZO**

**SE CONVIENE
AGLI ITALIANI
CONVIENE
ALLA TUA FARMACIA.**



La politica di pricing è una delle più importanti decisioni da affrontare in farmacia, soprattutto in questo momento di crisi. I prezzi devono essere corretti per penetrare il mercato, mantenere la posizione e generare profitti. Chemist propone finalmente una strategia innovativa e fortemente più incisiva rispetto alle promozioni temporanee: garantire il carattere permanente dell'offerta accrescendo i volumi di vendita e fidelizzando il cliente che percepisce la qualità del servizio e il vantaggio della convenienza.

Per informazioni

Numero Verde
800 44 66 40
9:00-12:30 | 15:30-18:00

WE RESEARCH.



YOU LIVE WELL.

chemist's research

www.chemistresearch.it